

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ดร.พิศิษฐ์ พลชนะ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

บรรณาธิการ

ดร.เนติยา

แจ่มทิม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

1.ดร.จรรุวรรณ สอนองญาติ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

2.นางขวัญฤทัย พันธุ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

3.นางเรวดี โพธิ์รัง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

4. ดร.สมชาย ชัยจันทร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5. ดร.เมทนี ระดาบุตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

6. ดร.ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

7. ดร.จักรกฤษณ์ สิริริน

ผู้อำนวยการ สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา

สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกึ่งรับรองผลงานวิชาการ

1. รศ.ดร.สมใจ

พุทธาพิทักษ์ผล

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช

2. รศ.ดร.วันเพ็ญ

แก้วปาน

มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รศ.ดร.พร้อมพิไล

บัวสุวรรณ

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง

เตชะบุญเสริมศักดิ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ผศ.ดร.ยุวดี

ลีลคณาวิระ

มหาวิทยาลัยบูรพา

6. ผศ.ดร.สาโรจน์

เพชรมณี

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

7. ผศ.ดร.วรรณวดี

เนียมสกุล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

8. ดร.ภาวดี

เหมทานนท์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

9. ดร.จามจุรี

แซ่หลู่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

10. ดร.จุฬารัตน์

ห้าวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

11. ดร.ชูศักดิ์

ยืนนาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

12. ดร.บุศริน

เอี้ยวสีหยก

วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี

13. ดร.ทักษิภา	ชัชวรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
14. ดร.สุภาวดี	นพรุจจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
15. ดร.ชุตินาฏ	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
16. ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
17. รอ.หญิง ดร.จรูญลักษณ์	ป่องเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ดร.ลักขณา	ศิริกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ดร.สุภาภรณ์	วรอรุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร.บุญส่ง	สุประดิษฐ์	ราชวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
22. ดร.นงนภัทร	รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวศรีแพร พุ่มมั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. นางสาวเกศรา ศีคำ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
3. นายอมรเทพ ศรีวิเชียร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม – ธันวาคม

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มีบทความวิชาการ 1 เรื่อง บทความวิจัย 10 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติงานจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

หน้า

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล:	5
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	
:ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, จันทร์ฉาย มณีวงษ์ และจารุวรรณ สอนองญาติ	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ต.วัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก	29
:สุชาดา สอนนุ่ม, วิภาพร สิทธิศาสตร์ และอิติรัตน์ ราศิริ	
ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร	42
:จารุวรรณ สอนองญาติ, ลักขณา ศิธรกุล, เนติยา แจ่มทิม, ยุคนธ์ เมืองช้าง และภาวดี เหมทานนท์	
ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก	58
:มิตรธิดา แจ่มใส และอิติรัตน์ ราศิริ	
ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี	70
:ญาณัจฉรา สมุทรศรี, ญัฐกานต์ วันศุกร์, กัมปนาท ฉายชูวงศ์, ญาณันธร กราบทิพย์, และสินีนาง โคตรบรรเทา	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น	82
:อุษณียาภรณ์ จันท, พจนารถ สารพัด และศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์	
การพัฒนาและการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลนครปฐม	97
:วาสนา สายเสมา และสมคิดเริง ขำกลั่น	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี	115
:พยุ่ง พุ่มกลิ่น	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรี	129
:ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, สุทธิพร มูลศาสตร์, ชูชาติ พ่วงสมจิตร และกาญจนา ศรีสวัสดิ์	
แบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละมั่ง จังหวัดชุมพร	145
:มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์	
ผลของการจับหลักในเวลากลางวันต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมอง	160
:ณัฐพล เพ็งสุวรรณเกษม, ภัทรวรรณ สิทธิประภาพร, กานต์ วงศ์สุขสวัสดิ์, จรัสพล รินทระ, ธัมมทิวัตต์ นรารัตน์วันชัย และวงเดือน ปันดี	

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ของนักศึกษาพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, พย.ม.*

จันทร์ฉาย มณีวงศ์, พย.ม.*

จารุวรรณ สอนงญาติ, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงส่งเสริมให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล การศึกษาที่นำมาทบทวนเป็นรายงานการวิจัยกึ่งทดลอง และวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยรายงานเป็นภาษาไทย ในฐานะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Thai Jo และ ThaiLis ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555–2565 ซึ่งพบรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้าเพื่อทำการทบทวน จำนวน 10 เรื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยพบว่า เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพียงอย่างเดียว จำนวน 9 เรื่อง ร้อยละ 90 และมีการจัดการเรียนการสอนร่วมกับการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน จำนวน 1 เรื่อง ร้อยละ 10 การศึกษาส่วนใหญ่มีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 31–64 ราย ใช้ระยะเวลา 30–60 นาที ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ขั้นนำ – ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ จำนวน 7 เรื่อง ร้อยละ 70 และนำแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (the nursing education simulation framework) ของ Jefferies (2005) มาประยุกต์ใช้ จำนวน 8 เรื่อง ร้อยละ 80 การสะท้อนคิดตามแนวทางของกิบส์ (Gibbs, 1988) ร้อยละ 100 ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ กลุ่มนักศึกษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ กลุ่มละ 3–4 คน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) ขั้นนำ (Pre – brief) 2) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์ (Scenario running) และ 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (Debrief) และระยะหลังทดลอง ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นกลยุทธ์การสอนที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ส่งผลให้ผู้เรียนมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติกับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี เพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์เพื่อวางแผนการพยาบาลและตัดสินใจในการดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การคิดอย่างมีวิจารณญาณ นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, ** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding: khanreothai@snc.ac.th

Simulation- Based Learning on Critical Thinking of Nursing Students in Thailand: A Systematic Review

Khunruetai Thammakijpirote, M.N.S.

Janchai Maneewong, M.N.S.

Jaruwan Sanongyard, Ph.D.

Abstract

Simulation- Based Learning (SBL) promote critical thinking of nursing students. The purpose of this systematic review was to study the patterns and outcomes of teaching with SBL on critical thinking of nursing students. The study reviewed was a quasi – experimental research and Mixed method. Publish articles written in Thai from 2012 – 2022 were search from electronic databases, including Thai Jo and ThaiLis, Consequently, a total of 10 fulltext studies meet inclusion criteria and are included in the review and analyzed data by frequency, percentage and content analysis.

Findings on study characteristics show that 9 studied (90.0) use teaching only Simulation- Based Learning and Case Based Learning with Simulation- Based Learning was 1 studied (10). The majority of the studies have a sample size 31- 64 participants, duration 30 – 60 minutes in Simulation- Based Learning pre - brief - debrief 7 studies (70) and applied the nursing education simulation framework by Jefferies (2005) 8 studies (80) using Gibbs' Model of reflection (Gibbs, 1998) (100). In conclusion, Simulation- Based Learning can be used to develop the critical thinking of nursing students, group of nursing students who were suitable for situation each group of 3 – 4 persons, SBL were divided into 3 phases: 1) pre – experimental phase 2) The experimental phase was divided into 3 stages: stage 1 pre - brief, stage 2 scenario running and stage 3 debrief and post experimental phase. The authors suggest that SBL were effective learning strategy and have the ability to critical thinking for nursing students. Therefore, SBL should be provided to nursing students all year levels, both theory and practice, to promoted critical thinking skills to nursing care plan and decision making for good outcome on patient.

Key words: Systematic review simulation based learning critical thinking nursing students

ความสำคัญและความเป็นมา

การศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาทางวิชาชีพเฉพาะที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ มีรูปแบบและวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ และบรรลุผลสัมฤทธิ์ การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาศาสตร์ทั้ง 6 ด้าน นอกจากนี้การจัดการศึกษา ในปัจจุบันต้องปรับกระบวนการทัศน์เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีทักษะในศตวรรษที่ 21 และการตระหนักถึงความสำคัญของ มาตรฐานการพยาบาลด้านคุณภาพ และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยซึ่งหัวใจของความปลอดภัยของผู้ป่วยก็คือ “การป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย” ประเด็นเหล่านี้ท้าทายผู้สอนในการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ ผู้เรียนมีทักษะปฏิบัติการพยาบาลทางวิชาชีพที่ตอบสนองความคาดหวังของสังคมการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริงจึงถูกนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ และแพร่หลายมากขึ้นในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา โดยเฉพาะสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (รูปทอง กว้างสวาสดี, 2561) ซึ่งเป็นกลยุทธ์การสอนที่ให้ผู้เรียนฝึก ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัย และลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยผู้เรียนเข้าไป มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่ทำให้เกิด อันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง จึงสามารถฝึกทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และวิกฤตได้ การ เรียนรู้จากประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองเปิดโอกาสให้ผู้เรียนถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติผู้เรียนได้รับข้อมูล ป้อนกลับทันทีผ่านการสะท้อนคิดผลลัพธ์การเรียนรู้ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลการคิด อย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล และทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาลเช่น การทำงานเป็นทีม และ การสื่อสาร ช่วยให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจ และมีความมั่นใจในตนเอง (สมจิตต์ สินธูชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560 และสมจิตต์ สินธูชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และสุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, 2560)

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) หมายถึง กระบวนการคิดที่ใช้เหตุผลพิจารณาไตร่ตรองอย่าง รอบคอบ โดยการศึกษาข้อมูล หลักฐาน แยกแยะข้อมูลว่าข้อมูลใดคือ ข้อเท็จจริง ข้อมูลใดคือ ความคิดเห็น ตลอดจน พิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล แล้วตั้งสมมติฐานเพื่อหาสาเหตุของปัญหา และสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม (Chaleoykitti, Kamprow & Promdet, 2014) การคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญต่อมนุษย์ใน ศตวรรษนี้ สิ่งประการหลักคือ ประการที่หนึ่งต่อระบบเศรษฐกิจสมัยใหม่ที่ใช้ความรู้ผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ คนที่ มีความคิดวิจารณ์ญาณสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้รวดเร็วตามการเปลี่ยนแปลงของความรู้ในยุคข่าวสารข้อมูล และ สามารถสกัดองค์ความรู้ที่หลากหลายได้ในเวลาอันรวดเร็ว ประการที่สองการคิดวิจารณ์ญาณส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และทักษะการนำเสนองาน เพราะเมื่อเป็นคนที่สามารถจัดการกับการคิดได้อย่างเป็นระบบย่อมแสดงแนวคิดของตนเอง ให้ชัดเจนเป็นขั้นเป็นตอนผ่านการพูดหรือเขียน และยังสามารถฟังผู้อื่นได้อย่างเข้าใจอีกด้วย ประการที่สาม การคิด วิจารณ์ญาณส่งเสริมการคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทั้งนี้เนื่องจากคนที่มีความคิดวิจารณ์ญาณเป็นผู้ที่สามารถประเมิน ความคิดเพื่อเลือกความคิดที่ดีที่สุดมาใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้นในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาผู้มีความคิดวิจารณ์ญาณจึง สามารถแก้ปัญหาด้วยวิธีที่แปลกใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประการที่สี่การคิดวิจารณ์ญาณมีความสำคัญต่อการ กำกับตนเอง ผู้มีความคิดวิจารณ์ญาณเป็นผู้ที่ไตร่ตรองสะท้อนผลเพื่อประเมินตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องมือพัฒนาไปสู่การ กำกับตนเองด้วยเหตุผลดังกล่าว การคัดเลือกคนเข้าทำงานในปัจจุบันจึงเปลี่ยนไปจากที่พิจารณาความสามารถ และ ทักษะทางวิชาการมาพิจารณาความสามารถในการคิดวิจารณ์ญาณ และการสื่อสาร ซึ่งวัดที่ความสามารถในการเรียนรู้งาน

ได้เร็ว แก้ปัญหาหน้างานอย่างสร้างสรรค์วิเคราะห์ข้อมูลอย่างตรงประเด็น และมีประโยชน์ต่องานที่ได้รับมอบหมาย มีความสามารถในการตัดสินใจในประเด็นสำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในศตวรรษที่ 21 หากผู้บริหารสถานศึกษา และครูผู้สอนไม่เห็นความสำคัญของทักษะการคิดวิจารณ์ญาณไม่เตรียมนักศึกษาให้พร้อมเพื่องานในอนาคต อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในอนาคต นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ยืนยันว่าการสอน และประเมินผลแบบเดิมคือ ครูเป็นศูนย์กลางเป็น อุปสรรคต่อการพัฒนาการคิดวิจารณ์ญาณ โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียที่เน้นการสอนเพื่อสอบแข่งขัน ทำให้นักเรียน ในแถบเอเชียมีความสามารถในการสอบแข่งขันแต่ด้อยด้านทักษะการคิดขั้นสูง (higher order thinking) ทำให้ขาด ทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การคิดวิจารณ์ญาณเป็นการคิดขั้นสูงที่ต้องใช้ทักษะด้าน ปัญญาเช่น ทักษะการใช้เหตุผลทักษะการแยกแยะข้อคิดเห็นจากหลากหลายมุมมอง ทักษะการ ตั้งคำถาม และสมมติฐาน ทักษะในการหาวิธีแก้ปัญหาซึ่งคนที่มีความคิดวิจารณ์ญาณต้องเป็นคนที่มีความรู้มีทักษะในการใช้เหตุผล มีความสามารถในการตั้งประเด็นคำถาม และพิจารณาข้อเท็จจริงหลายแง่มุม พร้อมทั้งสามารถรับความเปลี่ยนแปลง และความ ไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นได้ (Chaleoykitti, Kamprow & Promdet, 2014) นอกจากนี้การคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical thinking) เป็นกระบวนการของการคิดที่ใช้กำหนดปัญหา ตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้ในการดูแลผู้รับบริการ และเลือกการพยาบาลที่จะให้กับผู้รับบริการแล้วยังเป็นกระบวนการของการคิดขั้นสูงที่ใช้เหตุผลพิจารณา ไตร่ตรองอย่าง รอบคอบ การคิดวิจารณ์ญาณเป็นคำที่สามารถใช้ได้อย่างกว้างขวาง ไม่เฉพาะแต่เรื่องในคลินิกเท่านั้น Alfaro-Lefevre (2013) กล่าวว่า การตัดสินใจทางคลินิกและการให้เหตุผลทางคลินิก เป็นองค์ประกอบสำคัญของการคิดวิจารณ์ญาณ ทางพยาบาล

จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อม ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจ ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล (พนารัตน์ วิศวรเทพนิมิต, อุบล สุทธิเนียม และเสมอจันทร์ อีระวัฒน์สกุล, 2563) การจัดการเรียนการสอนดังกล่าวพบว่า ช่วยให้ผู้เรียนใช้ความรู้ และกระบวนการคิด เข้าใจปัญหา และสามารถจัดการกับ ปัญหาได้ดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และเป็นตัวชี้้นำการปฏิบัติการพยาบาลเช่น กระบวนการพยาบาล ความคิดทาง วิทยาศาสตร์ เป็นต้น (Rhodes & Curran, 2005)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานประกอบการ ตัดสินใจได้ ข้อสรุปที่ได้จากแต่ละงานวิจัย ที่ผ่านมามีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการ เรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง แต่เป็นการทบทวนในบริบทของต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างจาก ประเทศไทยในหลายแง่มุมเช่น นโยบายการศึกษาของประเทศ โปรแกรมการศึกษา และหลักสูตรการศึกษา เป็นต้น ความแตกต่างในแง่มุมเหล่านี้ส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในประเทศไทย ดังนั้น การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณของนักศึกษาพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นวิธีการที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และมีงานวิจัยที่ เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดประเด็นองค์ความรู้ในปัจจุบันมากมายแต่ยังไม่พบว่ามีงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลโดยทำการสืบค้นผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ทันสมัย และสามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2555–2565
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2555–2565

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากรายงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ และผลงานวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นการศึกษาจากรายงานการวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การพิจารณาบทความวิจัยในทุกข้อ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อศึกษารูปแบบ และทบทวนผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2555–2565 โดยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2011) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดปัญหาในการทบทวน 2) การค้นหาและคัดเลือกรายงานวิจัย 3) การประเมินผล คุณภาพงานวิจัย 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล 5) การวิเคราะห์ผล 6) นำเสนอข้อมูล และ 7) การแปลผลข้อมูล และนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2555–2565 ที่ได้รับการตีพิมพ์และปรากฏในฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของวารสารการแพทย์ และการพยาบาล ทั้งในประเทศไทย และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความทางวิชาการ จากวารสาร และงานวิจัยในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Manual search)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการตีพิมพ์และปรากฏในฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของวารสารการแพทย์ และการพยาบาลในประเทศไทย กำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ พ.ศ. 2555–2565 คำสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การคิดอย่างมีวิจารณญาณ นักศึกษาพยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นรายงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล (population)
- 2) เป็นรายงานวิจัยเชิงทดลอง (RCTs) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) ที่ศึกษาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นตัวแปรสำคัญ (intervention)
- 3) เป็นรายงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบการจัดการเรียนการสอนตามปกติ (comparison)
- 4) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย
- 5) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางคลินิกหลังจากจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

เกณฑ์การคัดออก

- 1) เป็นรายงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างไม่ใช่ นักศึกษาพยาบาล
- 2) เป็นรายงานการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจหรือพรรณนา
- 3) เป็นรายงานการวิจัยที่ไม่มีการวัดผลลัพธ์การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางคลินิกหลังจากจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่

1. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัย
2. แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย เป็นเครื่องมือบันทึกรายละเอียดของงานวิจัยที่พัฒนาโดย สถาบันโจแอนนาบริกส์ (2011) ในการดำเนินการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยหรือบทความวิจัยที่ได้คัดเลือกเพื่อนำมาทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

โดยทดสอบความตรงของผู้บันทึกข้อมูล จำนวน 3 คน โดยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกสกัดข้อมูลงานวิจัยไปเก็บข้อมูลร่วมกันกับผู้บันทึก 2 คน และผู้วิจัยรวมเป็นจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของการบันทึก โดยใช้สูตรความสอดคล้อง (agreement rate: AR) พบว่ามี ค่าความสอดคล้อง (agreement rate : AR) มากกว่า 0.75 ซึ่งมีค่าความสอดคล้องในระดับดีมาก กรณีที่พบความแตกต่างได้หาข้อบกพร่องร่วมกัน และปรับปรุงจนได้ความเห็นที่สอดคล้องกันก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สืบค้นรายชื่องานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2555–2565 โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นคือ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การคิดอย่างมีวิจารณญาณ นักศึกษาพยาบาล จากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางการ ศึกษาได้งานวิจัยทั้งหมดจำนวนรวม 62 ชื่อเรื่อง

2. พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรง ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้งานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง

3. งานวิจัยที่ได้มาทั้งหมดได้มีการอ่านรายงานการวิจัยรอบที่หนึ่ง เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

4. อ่านรายงานรอบที่สองอย่างละเอียดเพื่อสกัด ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย และบันทึกในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัยอีก 2 คน

5. ตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกข้อมูล และการวิเคราะห์เนื้อหาของงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้

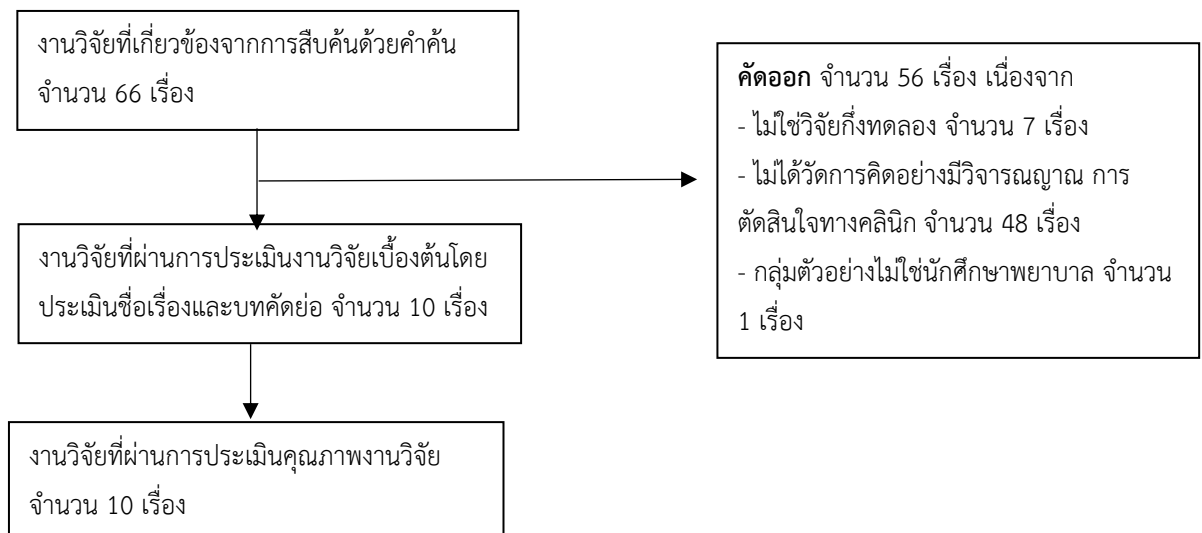
1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์รูปแบบ และผลลัพธ์การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ลักษณะงานวิจัย

ผลการสืบค้นข้อมูลพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 66 เรื่อง มีงานวิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 48 เรื่อง โดยแบ่งเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา จำนวน 7 เรื่อง และมีงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างไม่ใช่ นักศึกษาพยาบาล จำนวน 1 เรื่อง ทำให้เหลืองานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 10 เรื่อง รายละเอียดดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการคัดเลือกงานวิจัย

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัย จำนวน 10 เรื่อง ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย

ส่วนใหญ่ใช้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการวัดการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 9 เรื่อง ร้อยละ 90 ตีพิมพ์เผยแพร่มากที่สุดในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 จำนวน 3 เรื่อง ร้อยละ 30 โดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังเรียน จำนวน 6 เรื่อง ร้อยละ 60 ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 5 เรื่อง ร้อยละ 50 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 31-64 ราย จำนวน 4 เรื่อง ร้อยละ 40 ใช้ระยะเวลา 30-60 นาที ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ชี้นำ – ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ จำนวน 7 เรื่อง ร้อยละ 70

2. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาลไทย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วย (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1)

2.1 การสะท้อนคิด (Reflection) จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60

2.2 การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 30

2.3 การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case Based Learning; CBL) จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10

3. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้

ตารางที่ 1 การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
ดวงใจ พรหม พยัคฆ์, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา และ ภาวดี เหมทานนท์ วิไลพร รังควัด (2562)	นักศึกษาพยาบาลชั้น ปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน - กลุ่มทดลอง จำนวน 16 คน	การวิจัยกึ่ง ทดลอง	เรื่อง ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมทักษะ การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมกระตือรือร้น และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล รูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยใช้การสะท้อนคิดของ Gibbs (1998) 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การคิดทบทวนรายละเอียดของเหตุการณ์โดยไม่มีการตัดสินหรือวิจารณ์ 2. ทบทวนความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 3. การประเมินผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ว่ามีอะไรดีหรือไม่ดีที่เกิดในสถานการณ์นั้น 4. การคิดเชื่อมโยงเหตุการณ์ตามหลักเหตุผล โดยการวิเคราะห์ว่ามีปัจจัยใดที่ทำให้เหตุการณ์นั้นดีขึ้นหรือแย่ลง 5. การสรุปการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นควรเป็นอย่างไร 6. การคิดวางแผนนำไปสู่การนำไปปฏิบัติในอนาคต ถ้าพบกับสถานการณ์นั้นอีกส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ มากขึ้น ระยะก่อนการทดลอง 1) เตรียมความพร้อมกลุ่มทดลอง ทบทวนความหมายขั้นตอนของการสะท้อนคิดตามแนวทางของกิบส์ (Gibbs, 1998) ฝึกทดลองการสะท้อนคิด และสรุปผลการเรียนรู้โดยบันทึกการสะท้อนคิด (Reflective journal) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้แต่ละสถานการณ์ เอกสารตำราที่ควรศึกษา และประเด็นคำถามสำคัญเพื่อให้ผู้เรียนค้นคว้าความรู้ก่อนที่จะเข้าเรียน ระยะดำเนินการทดลอง 2) กลุ่มทดลองเข้าเรียนรู้การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประมาณสถานการณ์ละ 60 นาที ขั้นตอนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ 3.1) ขั้นนำ ผู้วิจัยปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (Pre - briefed) ใช้เวลา 20 นาที ในสถานการณ์แรก 3.2) ขั้นเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้วิจัยทบทวนวัตถุประสงค์การเรียนรู้ แนะนำสถานการณ์และบทบาทของผู้เรียนปฏิบัติในสถานการณ์ (Scenario) ใช้เวลา 15-20 นาที และ 3.3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) ใช้เวลา 20 - 30 นาที ระยะหลังการทดลอง ให้ผู้เรียนสะท้อนคิดกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์ตามบทบาทที่ได้รับ	- ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของกลุ่มทดลองหลังการเรียน ($M = 26.275$, $SD = 4.34$) สูงกว่าก่อนเรียน ($M = 16.46$, $SD = 1.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ของกลุ่มทดลอง ($M = 26.75$, $SD = 4.34$, $n = 16$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 21.83$, $SD = 3.55$, $n = 15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
สมจิตต์ สันธชัย, กันยารัตน์ อุบล วรรณ, ณัฐวุฒิ บุญสนธิ, ปริญญญา ยอธอาษา และ ภูมินทร์ ดวงสุริยะ (2562)	นักศึกษาพยาบาลชั้น ปีที่ 3 จำนวน 39 คน	การวิจัย ผสมวิธี	เรื่อง ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล รูปแบบการจัดเรียนการสอน แบบผสมผสาน (blended learning) ได้แก่ การทำแบบทดสอบ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สันทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะก่อนการทดลอง 1. กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก 4 ชุด ใช้เวลาตอบแบบทดสอบชุดละ 30 นาที รวม 2 ชั่วโมง (pre - test) 2. กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมในชั้นเรียนเรื่องการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง ประมาณ 60 นาที และได้รับเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และคำถาม ทั้งหมด 4 สถานการณ์ (pre-simulation) ระยะดำเนินการทดลอง 3. กลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน ทั้งหมด 5 กลุ่ม กลุ่มละ 7 - 8 คน ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งหมด 4 สถานการณ์ ใช้เวลาในการเรียนรู้กลุ่มละ 4 ชั่วโมง แต่ละสถานการณ์จะประกอบด้วยขั้นตอนกิจกรรม การเรียนรู้ 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) ชี้นำ ปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียดใช้เวลา 15 นาทีในสถานการณ์แรก และ 5 นาทีในสถานการณ์ต่อมา 2) ขั้นตอนปฏิบัติการในสถานการณ์ 15 - 20 นาที และ 3) ขั้นตอนคิดประสบการณ์และสรุปผลการเรียนรู้ 35 - 40 นาที ผู้สอนมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก และช่วยเหลือในกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน ระยะหลังทดลอง 4. หลังจากเสร็จสิ้นการเรียนรู้ในแต่ละกลุ่ม สันทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจทางคลินิกใช้เวลากลุ่มละ 2 ชั่วโมง 5. เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกชุดเดียวกับแบบทดสอบก่อนทดลอง 4 ชุด ใช้เวลาตอบแบบทดสอบชุดละ 30 นาที รวม 2 ชั่วโมง (post test)	- ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกโดยรวมของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
พนารัตน์ วิศวเทพ นิมิตร, อุบล สุทธิ เนียม และเสมอ จันทร์ ธีระวัฒน์สกุล (2563)	นักศึกษาพยาบาลชั้น ปีที่ 3 จำนวน 162 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 78 คน - กลุ่มทดลอง จำนวน 84 คน	การวิจัยกึ่ง ทดลอง	เรื่อง ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะข้อต่อความ พึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียนและการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล รูปแบบการจัดเรียนการสอน โดยใช้การสะท้อนคิด ระยะก่อนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลในตัวอย่างโดยจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง ในวันปฐมนิเทศรายวิชา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละ 7 – 8 คน ตามหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจากอาจารย์ผู้ประสานงานวิชาในการฝึกภาคปฏิบัติ ทั้งนี้มีการแบ่ง	- กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีระดับการตัดสินใจทางคลินิกในระดับสัมฤทธิ์ผล โดยกลุ่มทดลองมีระดับการตัดสินใจ ร้อยละ 72.60 และ กลุ่มควบคุมมีระดับการตัดสินใจ ร้อยละ 76.90 ซึ่งมีการตัดสินใจทางคลินิกไม่แตกต่างกัน

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
			นักศึกษาในแต่ละกลุ่มย่อยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 คนต่อกลุ่ม เพื่อปฏิบัติบทบาทหัวหน้าทีม หัวหน้าเวร สมาชิกทีม และผู้จัดบันทึก บทบาทละ 1 คน สำหรับกลุ่มสังเกตการณ์มีจำนวน 3 – 4 คนต่อกลุ่ม ระยะดำเนินการทดลอง การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การแนะนำก่อนปฏิบัติ การปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นเสมือนจริงสูง และการสรุปการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาประมาณ 90 นาทีต่อกลุ่ม กลุ่มปฏิบัติการพยาบาลเข้าร่วมการเรียนรู้ครบทั้ง 3 ขั้นตอน สำหรับกลุ่มสังเกตการณ์เข้าร่วมการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 และ 3 แต่ในขั้นตอนที่ 2 สังเกตการปฏิบัติของกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลในห้องสังเกตการณ์ซึ่งเป็นห้องกระจกแบบเห็นทางเดียว ทั้งนี้มีการขออนุญาตในการบันทึกเทปวิดีโอการปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมของตัวอย่าง ระยะหลังทดลอง เพื่อนำเทปวิดีโอที่บันทึกไว้มาเปิดในขั้นตอนการสรุปการปฏิบัติเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มตัวอย่าง	เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีของรายวิชานี้มาก่อน รวมทั้งมีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติบนผู้ป่วยมาก่อนแล้ว จึงมีการตัดสินใจทางคลินิกในระดับสัมฤทธิ์ ผล เพราะระดับการตัดสินใจทางคลินิกจะพัฒนาสูงขึ้นตามความรู้และประสบการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลได้รับ
ชุดิกัญจน์ ฉัตรรุ่ง , เรวดี โพธิ์รัง และ สุพรรณิ เปียวนา ลาว (2564)	นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 118 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง	เรื่อง ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี รูปแบบการจัดเรียนการสอน แบบผสมผสาน (blended learning) ได้แก่ ศึกษาเนื้อหาด้วยตนเอง การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการสะท้อนคิด ระยะก่อนการทดลอง 1. การเตรียมผู้สอน คณะผู้วิจัยดำเนินการสอนด้วยตนเอง จัดทำคู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และแบบประเมิน 2. จัดให้นักศึกษาเรียนเนื้อหาและศึกษาด้วยตนเองในหัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์และเพศสัมพันธ์และหัวข้อการพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค ระยะดำเนินการทดลอง 3. ภายหลังกักศึกษาเรียนในหัวข้อที่กำหนด ผู้สอนแบ่งนักศึกษาเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย กลุ่มย่อยที่ 1-6 และกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย กลุ่มย่อยที่ 7-12 จัดเวลาเรียน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาในการเรียนการสอน 3 ชั่วโมง ดังนี้	- สมรรถนะทางการพยาบาลหลังเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า สมรรถนะด้านการคิดตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตนเองและวิชาชีพ โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ในสมรรถนะด้านการคิดตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตนเองและวิชาชีพหลังการเรียน ($M = 3.09$,

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
			ครั้งที่ 1 เข้าเรียนตามโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กำหนด 60 นาที (กลุ่มละ 20 นาที) Debrief 120 นาที (กลุ่มละ 40 นาที) โดยกลุ่มย่อยที่ 1-6 เข้าเรียนโดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง หัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์และเพศสัมพันธ์ โดยนักศึกษา 3 กลุ่ม เข้าปฏิบัติในสถานการณ์ กลุ่มละ 4 คน และกลุ่มย่อยที่ 7-12 เข้าเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง หัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค โดยนักศึกษา 3 กลุ่ม เข้าปฏิบัติในสถานการณ์ กลุ่มละ 4 คน และนักศึกษาที่ไม่เข้าปฏิบัติในสถานการณ์เป็นผู้เรียนสังเกตการณ์ ครั้งที่ 2 เข้าเรียนตามโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กำหนด 60 นาที (กลุ่มละ 20 นาที) Debrief 120 นาที (กลุ่มละ 40 นาที) โดยกลุ่มย่อยที่ 7-12 เข้าเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยนักศึกษา 3 กลุ่ม เข้าปฏิบัติในสถานการณ์ กลุ่มละ 4 คน และกลุ่มย่อยที่ 1 - 6 เข้าเรียนโดยใช้ หัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค โดยนักศึกษา 3 กลุ่ม เข้าปฏิบัติในสถานการณ์ กลุ่มละ 4 คน และนักศึกษาที่ไม่เข้าปฏิบัติในสถานการณ์เป็นผู้เรียนสังเกตการณ์	$SD = .65$ สูงกว่าก่อนเรียน ($M = 2.90, SD = .62$)
ขวัญฤทัย พันธุ์สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว, จิตติมา ดวงแก้ว และพิศิษฐ์ พลธนะ (2563)	นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 118 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง	เรื่อง ศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้โดยใช้ BSCI-MODEL ต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคบุรี สถาบันพระบรมราชชนก รูปแบบการจัดเรียนการสอน 1) การเรียนรู้แบบผสมผสาน 2) การฝึกทักษะรวบยอดโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 3) กิจกรรมเตรียมความพร้อมด้วยจิตตปัญญาและ 4) กิจกรรมเตรียมความพร้อมด้วยกระบวนการปลูกดีเอ็นเอของนวัตกรรม โดยแบ่งออกเป็น 1. ระยะเตรียมการทดลอง ก่อนดำเนินการทดลอง 1 วัน ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย คือ อาจารย์ประจำในภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญตามขอบเขตเนื้อหา (Test blueprint) รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่โดยการอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมการเตรียมความพร้อมฯ และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในขั้นตอนของกิจกรรม ชักถามข้อสงสัย เพื่อสร้างความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยจัดเตรียมสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เครื่องมือเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และจัดสภาพห้องและสิ่งแวดล้อมในการเรียนให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์จำลองเตรียมทีมสนับสนุนในการช่วยควบคุมการทำงานของโปรแกรมหุ่นจำลองและประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาก่อนเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้โดยใช้ BSCI-MODEL 2. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการเตรียมความพร้อม 4 ขั้นตอนดังนี้ 2.1 เรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended learning) 2.2 ฝึกทักษะรวบยอดโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation based learning) 2.1 ขั้นนำ (Pre - brief) 5 นาที 2.2 ขั้นปฏิบัติสถานการณ์ 15 นาที 2.3 ขั้นสรุปผลการปฏิบัติ 10 นาที	- ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้โดยใช้ BSCI-MODEL แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการได้รับการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้โดยใช้ BSCI-MODEL มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเท่ากับ 23.92 ($SD = 3.56$) และหลังได้รับการเตรียมความพร้อมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมี

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
			2.3 กิจกรรมและการเตรียมความพร้อมด้วยจิตตปัญญา 2.4 กิจกรรมการเตรียมความพร้อมด้วยกระบวนการปลูกดีเอ็นเอของนวัตกรรม 3. ระยะหลังการทดลองผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 รุ่น 22 ก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้โดยใช้ BSCI-MODEL โดยใช้แบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	วิจารณ์ญาณเพิ่มขึ้นเป็น 25.28 ($SD = 2.89$)
ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิตา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม และ นาดยา วงศ์ยะรา (2564)	นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 87 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง	เรื่อง ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล รูปแบบการจัดเรียนการสอน โดยใช้การสะท้อนคิด ระยะก่อนการทดลอง 1.1 การเตรียมผู้สอน 1.2 การจัดเตรียมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง 1.3 การเตรียมผู้เรียน 1.4 เก็บรวบรวมข้อมูลทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนเรียน (pretest) โดยใช้เวลาการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ระยะดำเนินการทดลอง 2.1 จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยแบ่งกลุ่มนักศึกษา เป็น 12 กลุ่ม 2.2 มอบหมายโจทย์สถานการณ์จำลอง ล่วงหน้า 1 วัน เพื่อให้เตรียมความรู้ก่อนฝึกปฏิบัติ 2.3 การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 2 สถานการณ์ สถานการณ์ละ 1 ชั่วโมง มีขั้นตอนดังนี้ 1) การแนะนำก่อนการปฏิบัติ (pre-brief) เป็นขั้นตอนการแนะนำอธิบายวัตถุประสงค์การเรียนการสอน วิธีการสอน โจทย์สถานการณ์ แนะนำอุปกรณ์เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมและสมรรถนะของหุ่นมนุษย์จำลองในห้องปฏิบัติการที่ต้องใช้ในสถานการณ์จำลองบทบาท ผู้เรียนโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 4 คน แสดงบทบาทในสถานการณ์จำลองและกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ 3 - 4 คน เป็นผู้ สังเกตการณ์และสลับสับเปลี่ยนบทบาทเมื่อใช้โจทย์สถานการณ์ที่ 2 และชี้แจงกฎระเบียบในการเรียน และ การเคารพกฎจรรยาบรรณ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที 2) การปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง (scenario) ผู้เรียนลงมือปฏิบัติ ในสถานการณ์จำลองที่จัดสภาพแวดล้อมให้มีความเสมือนเหมือนผู้ป่วยจริง กลุ่มตัวอย่าง 4 คน แสดงบทบาทเป็นนักศึกษาพยาบาลโดยกำหนดให้มีหัวหน้าทีมและวางแผนการทำงานร่วมกันในการให้ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย หากการตัดสินใจส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาได้ถูกต้อง สอดคล้องกับพฤติกรรมที่คาดหวัง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงที่ดีขึ้น หากผู้เรียนยังไม่แสดงพฤติกรรมที่คาดหวังไว้ในแต่ละขั้นตอนที่ทำ อาจารย์ผู้สอนจะช่วยกระตุ้นเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักในสิ่งที่ต้องปฏิบัติใช้เวลาประมาณ 15 นาที การสรุปผลการเรียนรู้ (debrief) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ขั้นตอนนี้ ผู้เรียนได้ใช้เวลาที่จะสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะหลังการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการสรุปผลการเรียนรู้ (debrief) ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง	- ภายหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.11$, 15.79, $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยรวมระหว่างก่อนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ($M = 3.36$, $SD = .38$) และหลังการเรียนรู้ ($M = 3.79$, $SD = .49$) โดยการทดสอบที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
			ในแต่ละกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและ แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล (post - test) ด้วยตนเอง โดยใช้ในการตอบ แบบสอบถามประมาณ 20 นาที	ทั้งรายด้านและโดยรวม
ตรีชฎา ปุณสำเริง, สุพรรณิ กันหติล, รุ่งรวี ประเสริฐศรี และศรี ประไพ อินทร์ ชัย เทพ (2564)	นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 61 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง	เรื่อง ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์เสมือนจริงที่มีต่อการรับรู้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล การจัดการเรียนรู้ โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case Based Learning, CBL) ประกอบด้วย 1) ชั้นเลือกกรณีศึกษา 2) ชั้นวิเคราะห์กรณีศึกษา 3) ชั้นระดมสมอง 4) ชั้นกำหนดวัตถุประสงค์ 5) ชั้นระบุการค้นพบหรือผลการศึกษา และ 6) ชั้นแลกเปลี่ยนผลลัพธ์การเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ขั้นตอนที่ 1 ชั้นเตรียมนักศึกษา (Pre- Briefing) อาจารย์อธิบายวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สถานการณ์ สิ่งที่นักศึกษาต้องเรียนรู้มาก่อน และขั้นตอนการปฏิบัติการ 15 นาที ขั้นตอนที่ 2 ชั้นปฏิบัติการ (Simulation) 1.แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 7 - 8 คน 2. เลือกนักศึกษา 2 - 3 คน ปฏิบัติการพยาบาลภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดโดยการประเมินสภาพการระบุนปัญหา และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 20- 25 นาที ขั้นตอนที่ 3. ชั้นอภิปราย (Debriefing) อภิปรายโดยใช้ GAS Model Gathering: รวบรวมข้อมูลข้อมูลนักศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น Analysis: ระบุปัญหาในแต่ละขั้นตอนที่นักศึกษาปฏิบัติในสถานการณ์ ช่วยให้ทิศทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง Summary: ช่วยให้นักศึกษาระบุนความสามารถ ข้อดี สิ่งต้องปรับปรุง และสรุปสถานการณ์และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น 20 - 25 นาที และขั้นตอนที่ 4. ชั้นสะท้อนคิด (Reflection) นักศึกษาบอกข้อดี สิ่งที่ต้องปรับปรุง วิธีการแก้ปัญหา บอกสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่และสิ่งที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์ต่อไป ไม่ได้ระบุเวลา	- ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษา ก่อนและหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนรู้ โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t=6.80, Sig=.00$) โดยพบว่าระดับการรับรู้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ในภาพรวม (เต็ม 44 คะแนน) อยู่ในขั้นกำลังพัฒนา หลังการจัดการเรียนรู้อยู่ในขั้นชำนาญ ($M = 23.62, SD = 4.23$ $M = 35.04, SD = 3.64$ ตามลำดับ)
เสาวพฤกษ์ ช่วยยก, กมลชนก ทองเอียด, ฐิตารีย์ พันธุ์ชาติกุลและสดากาญจน์ เอี่ยม	นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 108 คน - กลุ่มควบคุม จำนวน 54 คน - กลุ่มทดลอง จำนวน 54 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง	เรื่อง ผลของการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถ ในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ, การปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน รูปแบบการจัดเรียนการสอน การสะท้อนคิด ระยะก่อนการทดลอง 1. กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 2. ออกแบบโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Scenario) ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้รายวิชา 3. สร้างแบบประเมินการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล 4. สร้างแผนการสอนตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และแผนการสอนด้วยวิธีแบบปกติด้วยการบรรยาย 5. ขออนุญาตใช้แบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล นำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 6. เตรียมห้องฝึกปฏิบัติการหุ่นมนุษย์จำลอง ให้มีความพร้อมด้านการใช้งานของหุ่นโดยลง	- ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง หลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= -2.157$)

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
จันทร ปรประทีป (2565)			โปรแกรมคอมพิวเตอร์ควบคุมการทำงานของหุ่น เตรียมความพร้อมด้านวัสดุและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ 7. เตรียมผู้สอนประชุมเตรียมความพร้อม และฝึกการสอนโดยใช้แผนการสอนโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และแบบประเมินการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล 8. เตรียมผู้เรียน 1 สัปดาห์ก่อนทำการทดลอง โดยแจ้งวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย สุ่มนักศึกษาพยาบาลเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ปฐมนิเทศในชั้นเรียนและแจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง เสมือนจริง และมอบโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง แนะนำตารางที่ใช้ในการค้นหาข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยที่ให้ศึกษาล่วงหน้าในกลุ่มทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง วันที่ 1 ของการทดลอง 1. ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำ Pre-test แบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ แบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 6 กลุ่ม (กลุ่มละ 9 คน) นานแต่ละกลุ่มมาแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 และ 5 คน 2. ให้กลุ่มย่อย 4 และ 5 คน สลับกันเข้าฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และเป็นผู้สังเกตการณ์ ครึ่งละ 4 และ 5 คนตามลำดับ ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะ Pre briefing ใช้เวลา 10 นาที 2) ระยะ Scenario Running ใช้เวลา 20 นาที และ 3) ระยะ Debriefing ใช้เวลา 30 นาที 3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลอง โดยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และประเมินการปฏิบัติ ทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้แบบวัดการปฏิบัติ ทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน และอภิปรายและ สรุปผลการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ 4. จัดให้กลุ่มควบคุมได้รับการสอนด้วยวิธีปกติแบบบรรยาย เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใน ทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน วันที่ 2 ของการทดลอง 1. ให้กลุ่มควบคุมเข้าห้องสมุดเพื่อศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง 2. ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองจนเสร็จสิ้นทั้ง 12 กลุ่มย่อย 3. หลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำ Post-test แบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ระยะหลังการทดลอง วันที่ 3 และวันที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการทดลอง จัดกลุ่มควบคุม เข้าเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และให้กลุ่มทดลองเข้าศึกษาด้วยตนเองในห้องสมุด เพื่อให้ได้รับประสบการณ์ที่เหมือนกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	- กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการสอนแบบปกติด้วยการบรรยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=2.98$) - ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (กลุ่มทดลอง) ($M = 23.70, SD = 3.88$) สูงกว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนแบบปกติด้วยการบรรยาย (กลุ่มควบคุม) ($M = 21.50, SD = 3.80$)
สุภัทรา สีแสนห์, จักรพันธ์ กีนออย, ศิริกุล การุณ เจริญพาณิชย์ และ สมคิด รูปงาม (2565)	นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง	เรื่อง ผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความรู้ การตัดสินใจทางคลินิกและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤติ: กรณีศึกษา รูปแบบการจัดเรียนการสอน การสะท้อนคิด ระยะก่อนการทดลอง 1. อธิบายเกี่ยวกับการศึกษาและการเก็บข้อมูลกับนักศึกษา 2. ทำแบบทดสอบวัดความรู้ ในระยะก่อนเข้าร่วมวิจัย ระยะดำเนินการทดลอง การสะท้อนคิด	- กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกผ่านเกณฑ์จำนวน 30 คน (ร้อยละ 81.10) กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (ร้อยละ 71.13)

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
			3. จัดการเรียนรู้ในกลุ่มทดลอง ดังนี้ 3.1 สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (scenario) เรื่อง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3.2 วิธีการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง แก่กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน เป็นเวลาทั้งหมด 60 นาที ดังนี้ 1) ชี้นำ/ ปฐมนิเทศ (pre-brief) ใช้เวลา 20 นาที โดยใช้วิดีโอการแนะนำห้องปฏิบัติการเรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และทักษะการพยาบาลขั้นต้น 2) การดำเนินสถานการณ์ (simulation activity) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤตใช้เวลา 20 นาที 3) ทีมผู้วิจัย ร่วมสะท้อนคิดการเรียนรู้และสรุปบทเรียน(debrief) กับนักศึกษา โดยใช้แนวคำถามตะกร้า 3 ใบ (รู้สึกอย่างไร, ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์อย่างไร และจะนำไปปรับปรุงตนเองอย่างไร) ใช้เวลา 20 นาที ระยะหลังการทดลอง 4. ทีมผู้วิจัย ร่วมทำการประเมินหลังการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้แก่ การตัดสินใจทางคลินิก ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 5. กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดความรู้หลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง	
ศรียรรณ มีบุญ, สุทธาทิพย์ ทุมมี และสิรินันท์ เจริญผล (2565)	นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 70 คน - กลุ่มควบคุม 35 คน - กลุ่มทดลอง 35 คน	การวิจัยและพัฒนา	เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมนักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองในหอผู้ป่วยเสมือนจริง รูปแบบการจัดเรียนการสอน การสะท้อนคิด 1. ระยะก่อนการทดลอง 1.1 ขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจ คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง สิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการฝึกภาคปฏิบัติของรายวิชา แบบสอบถามไม่ได้ระบุชื่อผู้ตอบ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ อธิบายประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้เข้าใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1.2 เตรียมผู้เรียน โดยมอบหมายให้ศึกษาคัลปีวิดีโอทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และคู่มือการเตรียมความพร้อมนักศึกษา 1 สัปดาห์ก่อนร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อม 1.3 เตรียมผู้สอน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนด้วยสถานการณ์จำลอง จำนวน 2 คน โดยการมอบหมายให้ศึกษาคู่มือการเตรียมความพร้อม การใช้คำพูดชักจูง การเตรียมความพร้อมในการตอบสนองความต้องการของผู้เรียน โดยการปรับวิธีการเรียนรู้หรือปรับกิจกรรมการสะท้อนกลับที่เหมาะสมทั้งระหว่างกิจกรรมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม	- กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการทดลอง ($M = 24.97$, $SD = 5.59$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 18.77$, $SD = 3.89$) และแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.03$, $p < .05$) ผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาหลังการทดลอง ($M = 19.43$, $SD = 2.91$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 16.91$, $SD = 1.54$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t =$

ผู้วิจัย/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการวิจัย	รูปแบบการจัดเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง	ผลลัพธ์
			1.4 ประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ และการรับรู้สมรรถนะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (pretest) 1 วัน ก่อนดำเนินการเตรียมความพร้อม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เวลา 50 นาที 1.5 มอบหมายสถานการณ์จำลองให้กลุ่มทดลองศึกษาคนละ 1 สถานการณ์ เป็นเวลา 1 วัน ก่อนการใช้รูปแบบเตรียมความพร้อม 2. ระยะทดลอง ปฏิบัติทักษะการพยาบาลตามข้อมูลและปัญหาของสถานการณ์ที่ได้รับมอบหมาย ตามขั้นตอน : - pre-briefing ในลักษณะการรับ-ส่งเวร และ pre conference และให้นักศึกษานำเสนอแผนการพยาบาล รายบุคคล (30 นาที) - simulation learning นักศึกษาปฏิบัติทักษะการ พยาบาล โดยอาจารย์ดูแลเป็นรายบุคคล คนละ 4 ทักษะ และเพิ่มเติมข้อมูลกรณีศึกษาเป็นระยะๆ (2 ชั่วโมง) - สร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จให้กับนักศึกษา และชื่นชมความสำเร็จเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง - ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (post conference) เพื่อสรุปการเรียนรู้ (debriefing) ผ่าน กระบวนการสะท้อนคิดร่วมกับอาจารย์ชื่นชมความสำเร็จของนักศึกษา เพื่อกระตุ้นอารมณ์ให้รับรู้ ความสำเร็จของตน (30 นาที) 3. ระยะหลังทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองสำหรับกลุ่มทดลอง และการเตรียมความพร้อมตามปกติในกลุ่มควบคุมแล้ว ให้นักศึกษาประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ตอบแบบสอบถามการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ และการรับรู้สมรรถนะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (posttest) โดยใช้เวลา 50 นาที ด้วยแบบประเมิน/แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง จากนั้นเปิดโอกาสให้นักศึกษาในกลุ่มควบคุมได้มีการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองตามความสมัครใจ	4.30, $p < .05$) ทักษะการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ หลังการทดลอง ($M = 35.23$, $SD = 2.60$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 26.94$, $SD = 2.71$) และแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.67$, $p < .05$)

การอภิปราย

1. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2555–2565 โดยจากการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลัง 10 ปี มีข้อสังเกตว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีเพียง 3–4 ปีย้อนหลังเท่านั้น อาจเนื่องมาจากในสถานการณ์ปัจจุบันมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยการเรียนรู้โดยตรงให้มากขึ้น (Active Learning) โดยมุ่งจัดการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุด ผ่านการศึกษาค้นคว้า ทดลอง ลงมือปฏิบัติ คิดแก้ปัญหา ริเริ่มสร้างสรรค์ ทำงานเป็นกลุ่ม สรุปเป็นความรู้ และสามารถนำเสนอได้อย่างเหมาะสม ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2552 โดยกำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวังให้บัณฑิตมีในระดับปริญญาตรี ประกอบด้วย 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะปฏิบัติการพยาบาล (ดิเรก วรรณเศียร, 2560) ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (CoronavirusDisease 2019: COVID -19) ทำให้มีข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ต้องปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์เพื่อเว้นระยะห่างทางสังคม (Wyres & Taylor, 2020) ส่งผลให้การเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติมีข้อจำกัด ซึ่งการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยถือเป็นหัวใจที่สำคัญอย่างยิ่ง การเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation Based Learning: SBL) เป็นที่ยอมรับว่าสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกกระบวนการคิดแก้ปัญหา และปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด เมื่อผสมผสานการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับโปรแกรมออนไลน์จะช่วยส่งเสริมให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น (วันดี แก้วแสงอ่อน, อุทุมพร ดุลยเกษม และสุทัศน์ เหมทานนท์, 2564) สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Stenseth, et. al. (2022) ที่ศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล: ทบทวนแนวปฏิบัติ (Protocol) พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงช่วยให้ผู้สอนสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการสอนเพื่อให้ผู้เรียนได้รับความรู้จากประสบการณ์โดยตรง โดยพบว่ากระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) ขั้นนำ (Pre – brief) 2) ขั้นปฏิบัติสถานการณ์ (Scenario running) และ 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (Debrief) และระยะหลังทดลอง ซึ่งในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงทางการพยาบาล ได้ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (The Nursing Education Simulation Framework) ของ Jeffries, 2005 ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบด้าน วัตถุประสงค์ (objectives) ความเสมือนจริง (fidelity) ความซับซ้อน (complexity) ข้อมูลชี้แนะ (cues) และการสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญที่สุดในการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีนี้ ผู้สอนจะใช้เวลาในการสนทนา ให้ความรู้ คำแนะนำ สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในการสรุปการเรียนรู้จากสถานการณ์ สิ่งสำคัญคือไม่เน้นที่ความผิดพลาดของบุคคลแต่ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้เรียนที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงและผู้สังเกตการณ์ ร่วมกันสะท้อนคิด (Reflection) และอภิปราย (Discussion) ด้วยวิธีการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับ ทฤษฎี ความรู้ ผลการศึกษาวิจัย หรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพยาบาล จุดมุ่งหมาย

เพื่อการประเมินการปฏิบัติของผู้เรียน ตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองนั้นว่ามีจุดดีหรือจุดที่ยังต้องพัฒนานำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และ ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดในอนาคตได้ (INACSL Standards Committee, 2016) และในแต่ละขั้นตอนของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb's experiential learning theory) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience - CE) เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้ผู้เรียน 2) การสังเกตอย่างใคร่ครวญ (reflection observation - RO) ผู้เรียนใคร่ครวญหรือสะท้อนความคิด และอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ การเรียนรู้ขั้น 3) สร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม (abstract conceptualization - AC) ผู้เรียนมีการสร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม ที่เกิดจากการบูรณาการข้อสังเกตต่างๆ จนกลายเป็นความคิดรวบยอด หลักการ และสมมติฐานจากประสบการณ์ที่ได้รับ และ 4) ประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation-AE) ผู้เรียนมีการนำความคิดรวบยอดหลักการ และสมมติฐานไปปฏิบัติจริง หรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ จนเกิดประสบการณ์ในเชิงรูปธรรมที่วนกลับมาวงจรเดิม แต่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (สมจิตต์ สินธูชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560)

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจัดเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบเฝัรู้ (Active Learning) การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (action learning) เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด สามารถพัฒนาทักษะการแสวงหาความรู้ และทักษะการคิดขั้นสูงให้ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินค่า และมีความคิดสร้างสรรค์ ตลอดจนสามารถสร้างองค์ความรู้ และจัดระบบการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ผ่านการลงมือปฏิบัติ หรือเกิดการเรียนรู้จากการลงมือทำ (learning by doing) รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (action learning) จึงเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งพัฒนาศักยภาพทางสมอง ทั้งการคิด การแก้ปัญหา และการนำความรู้ที่ได้ มาประมวลเรียบเรียงเพื่อประยุกต์ใช้ โดยที่ผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดการเรียนรู้ และสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเป็นผู้ปฏิบัติได้ด้วยตัวเองอย่างสมบูรณ์มีความเป็นอิสระ รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (action learning) ถือเป็นต้นแบบของแนวคิด teach less, learn more หรือ “สอนให้น้อยลง เรียนรู้ให้มากขึ้น” (จิรภัค สุวรรณเจริญ และคณะ, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่า การเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงเป็นรูปแบบที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ โดยช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงระหว่างความรู้ภาคทฤษฎีกับการปฏิบัติที่เสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง และช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และคิดวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดตามมาตรฐาน เป็นแนวทางสำหรับผู้สอนในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความมั่นใจ และมีทักษะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงในอนาคตมากขึ้น การเรียนรู้ด้วยวิธีนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากทำให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา การมีทักษะพิสัย และการให้เหตุผลทางคลินิก (วโรตม เสมอเชื้อ, กวินวรา นาวิณประเสริฐ, นัยนา เมธา และณญา สรวิสูตร, 2563 ดวงกมล ห่อแก้ว, 2558) สามารถลดข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยบางประการ อาทิเช่น สถานการณ์ที่พบได้ไม่บ่อย หรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ปลอดภัย (Jeffries, 2005) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ความไม่เพียงพอของแหล่งฝึก จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพตามที่หลักสูตรกำหนดในช่วงเวลาของการฝึกภาคปฏิบัติไม่เพียงพอ (Garzonis, Mann, Wyrzykowska, & Kanellakis, 2015) ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม สามารถฝึกปฏิบัติการพยาบาลซ้ำได้หลายครั้งจนเกิดความมั่นใจก่อนที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยจริง ป้องกันความผิดพลาด

เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย และเป็นการพัฒนาผู้เรียนให้มีโอกาสแก้ไขส่วนที่เป็นจุดอ่อนในการเรียนรู้และมองเห็นจุดเด่นของตนเองด้วย (ดวงกมล หน่อแก้ว, 2558) สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นถึงผลลัพธ์ของผู้เรียนให้มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถแก้ปัญหาได้ มีการคิดอย่างสร้างสรรค์ พัฒนานวัตกรรม มีความเข้าใจในความต่างของวัฒนธรรม เกิดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม มีภาวะผู้นำ มีทักษะด้านสารสนเทศ และเทคโนโลยี ทักษะเชิงวิชาชีพ และการเรียนรู้ (ระพีพัฒน์ หาญโสภณ, พระมหาศุภชัย ศุภกิจใจ, ประยุทธ ชูสอน, สุทธิพงษ์ สนสุวรรณ และมณฑกานต์ บุ่งเสนห์, 2563) โดยกลุ่มนักศึกษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ กลุ่มละ 3-4 คน แบ่งเป็น กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มสังเกตการณ์ปฏิบัติการพยาบาล ที่เป็นเช่นนี้เพราะการจัดกลุ่มในลักษณะนี้จะทำให้ผู้เรียนที่มีจำนวนมากสามารถได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงได้ครบทุกคน (พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร, อุบล สุทธิเนียม และเสมอจันทร์ ธีระวัฒน์สกุล, 2563)

ปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลได้มีการพัฒนารูปแบบใหม่โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้น และใช้กันอย่างแพร่หลาย ในทวีปยุโรป อเมริกา ตะวันออกกลาง สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิमानของ Chernikova, et. al. (2020) ศึกษาการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในสถาบันระดับอุดมศึกษาพบว่า การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความรู้ และทักษะทางการพยาบาลที่ซับซ้อนของผู้เรียนได้ เช่นเดียวกับ Thor, Inger, Hanne, & Ida, 2018 ที่อธิบายว่าสามารถพัฒนาทักษะด้านการประเมินสภาพ และปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลได้ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมามักใช้รูปแบบการสอนแบบบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม และการสาธิต ทำให้นักศึกษาไม่ได้ลงมือปฏิบัติ ทำให้ไม่ได้ประสบการณ์จริงอย่างเป็นรูปธรรม มีการเรียนรู้จากตำราโดยการท่องจำเท่านั้น จึงทำให้ผู้เรียนไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่ การปฏิบัติการพยาบาลได้ (Sirisupluxana, 2013)

2. ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลพบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ อธิบายได้ว่า วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลผู้รับบริการทั้งในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูทางด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิด และรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ พยาบาลที่มีความชำนาญในเทคนิค การปฏิบัติการพยาบาลเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการแก่ผู้รับบริการได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) (Facione, 2015) เพื่อใช้ในการปฏิบัติวิชาชีพทางการพยาบาลร่วมกับการมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ชำนาญ และมีเจตคติที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดให้การคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (The Nursing Council of Thailand, 2005) ในการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล เน้นการใช้ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณค่อนข้างมาก ถือเป็นทักษะสำคัญของการปฏิบัติวิชาชีพทางการพยาบาล เป็นกระบวนการทางสติปัญญาขั้นสูงที่ช่วยให้การตัดสินใจเพื่อการดูแลผู้รับบริการของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับกระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศ มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) โดยมีเจตนารมณ์ให้สถาบันการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล จัดการเรียน

การสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติ 3 ด้าน ได้แก่ จริยธรรม ความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2558) รวมถึงการมีทักษะทางปัญญาฝึกฝนสติปัญญาของตนเอง และคิดวิเคราะห์ได้ ดังนั้นบทบาทของสถาบันการศึกษาจึงต้องดำเนินการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณได้ อย่างไรก็ตามพบว่า มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่การตัดสินใจทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีเดียวกันที่ผ่านการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีของรายวิชามาก่อนรวมทั้งมีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยมาก่อนแล้วจึงมีการตัดสินใจทางคลินิกในระดับสัมฤทธิ์ผล เพราะระดับการตัดสินใจทางคลินิกจะพัฒนาสูงขึ้นตามความรู้ และประสบการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลได้รับ สอดคล้องกับวรรณิ ตปนิยากร จินตามาศ โกศล ชื่นวิจิตร กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์ สุภาพร วรรณสันทัด และปรีศนี สมิต (2559) Tanner (2006) และLasater (2007) ที่พบว่า ความรู้ และทักษะการคิดวิเคราะห์หรือทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์ทางคลินิกของบุคคลที่ได้รับการฝึกฝน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น รวมทั้งการได้รับการสอนงานจากผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะในนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนงาน ชี้แนะเมื่อเกิดปัญหาหรือเกิดความไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัติในคลินิก ทำให้สามารถพัฒนาทักษะการคิดในเชิงเหตุผลหรือการคิดอย่างมีวิจารณญาณได้เป็นอย่างมาก

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้ทดลองฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นให้มีความเสมือนจริง โดยหุ่นจำลองมีการตอบสนองคล้ายกับผู้ป่วยจริง จึงต้องอาศัยความรู้ในการประเมินสภาพผู้ป่วย ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ฝึกการคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การเรียนรู้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงนอกจากจะสามารถพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลแล้ว ยังสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจในตนเอง การทำงานเป็นทีม และการตัดสินใจทางคลินิกช่วยให้นักศึกษาเข้าใจ ในสถานการณ์ที่ปฏิบัติมากยิ่งขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียนก่อนไปพบกับสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ, 2560; สมจิตต์ สินธูชัย และคณะ, 2560)

ข้อเสนอแนะ

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นกลยุทธ์การสอนที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ส่งผลให้ผู้เรียนมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติกับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี เพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการพยาบาลและตัดสินใจในการดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์*. <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/news6.php>
- ขวัญฤทัย พันธุ์, สุพรรณิ เปี้ยวณาลาว, จิตติมา ดวงแก้ว และพิศิษฐ์ พลชนะ. (2563). ผลของการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้โดยใช้ BSCI-MODELต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(2), 46-62.
- จิรภัค สุวรรณเจริญ, อติญาณ ศรีเกษตรริน และชุติมา มาลัย. (2560). รูปแบบการจัดการเรียน การสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลสาร*, 44(4), 177-188.
- ฐปทอง กว้างสวาสดี. (2561). การสอนคิดวิจารณ์. *วารสารราชพฤกษ์*, 16 (3), 1-9.
- ดวงกมล หน่อแก้ว. (2558). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงทางพยาบาลศาสตรศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(3), 112-122.
- ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา, ภาวดี เหมทานนท์ และวิไลพร รั้งควัด. (2562). ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิด และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 25(2), 57-71.
- ดิเรก วรรณเศียร. (2560). *MACRO model: รูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับศตวรรษที่ 21*. <http://regis.dusit.ac.th>
- ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, สุพรรณิ กันหติลก, รุ่งรวี ประเสริฐศรี และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2564). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์เสมือนจริงที่มีต่อการรับรู้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(1), 14-32.
- พนารัตน์ วิสวเทพนิมิตร, อุบล สุทธิเนียม และเสมอจันทร์ อีระวัฒน์สกุล. (2563). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียนและการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(3), 59 – 70.
- ระพีพัฒน์ หาญโสภณ, พระมหาศุภชัย ศุภกิจใจ, ประยุทธ์ ชูสอน, สุทธิพงษ์ สนสุวรรณ และมณฑกานต์ บุ่งเสนห์. (2563). การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ Learning Management in 21st Century: Theory toward Implementation. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 20(2), 163-172.
- วโรตม เสมอเชื้อ, กวินวรา นาวันประเสริฐ, นัยนา เมธา และณญา สรวิสูตร. (2563). การเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง Teaching and Learning in Nursing by High-Fidelity Patient Simulation. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 26(1), 1-12.
- วันดี แก้วแสงอ่อน, อุทุมพร ดุลยเกษม และทศทัศน์ เหมทานนท์. (2564). การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง: จากห้องเรียนสู่การเรียนรู้ด้วยโปรแกรมออนไลน์. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 8(11), 96-111.

- วรรณิ ตปนิยากร, จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร, กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์, สุภาพร วรรณสันทัด และปรีศนี สมิต. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการให้เหตุผลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 70-77.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม และนัตยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 178-194.
- ศรัววรรณ มีบุญ, สุทธาทิพย์ ทุมมี, และสิรินันท์ เจริญผล. (2565). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมนักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติหลักการ และเทคนิคการพยาบาล ด้วยสถานการณ์จำลองในหอผู้ป่วยเสมือนจริง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 5(1), 147 - 161.
- สภาการพยาบาล. (2558). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุดทองจำกัด.
- สุภัทรา สีแสนท์, จักรพันธ์ กีนออย, ศิริกุล การณเจริญพาณิชย์ และสมคิด รูปงาม. (2565). ผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความรู้ การตัดสินใจทางคลินิกและ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะวิกฤติ: กรณีศึกษา. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 23(1), 123-133.
- สมจิตต์ สีนุชชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง:การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 29-38.
- สมจิตต์ สีนุชชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และสุนีย์รัตน์ บุญศิลป์. (2560). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. *รวมอาชีพพยาบาลสาร*, 23(1), 113-127.
- เสาวพฤกษ์ ช่วยยก, กมลชนก ทองเอียด, ฐิตารีย์ พันธุ์วิชาติกุล และสดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป. (2565). ผลของการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ, การปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(2), 93-107.
- Alfaro - LeFevre, R. (2013). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking (5th ed.)*. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Chaleoykitti, S., Kamprow, P., & Promdet, S. (2014). Patient Safety and Quality of Nursing Service. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 66-70. (in Thai)
- Chernikova, O., Heitzmann, N., Stadler, M., Holzberger, D., Seidel, T., & Fischer, F. (2020). Simulation-Based Learning in Higher Education: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 90(4), 1-43.

- Facione, P. A. (2015). *Critical Thinking: What It Is and Why It Counts*. Available at: http://www.insightassessment.com/pdf_files
- Garzonis, K., Mann, E., Wyrzykowska, A., Kanellakis, P. (2015). Improving Patient Outcomes: Effectively Training Healthcare Staff in Psychological Practice Skills: A Mixed Systematic Literature *European Journal of Psychology*, 11(3), 535-556.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford.
- INACSL Standards Committee. (2016). INACSL Standards of best practice: Simulation Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), S21-S25.
- Jeffries, P. (2005). A framework for designing, implementation, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing education perspectives*, 26(2), 96 - 103.
- Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. 2011 Edition*, University of Adelaide, Adelaide.
- Kolb, D. A. (1984). *Experience learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lasater, K. (2007). Clinical judgment development: Using simulation to create an assessment rubric. *J Nurs Educ*, 46(11), 496-503.
- Rhodes, M. L., & Curran, C. (2005). Use of the human patient simulator to teach clinical judgment skills in a baccalaureate nursing program. *Computers, Informatics, Nursing*, 23, 256 - 262.
- Sirisupluxana, P. (2013). Teaching Nursing Students to Develop Critical Thinking Skills. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, NakhonRatchasima*, 19(2), 5-19. (in Thai).
- Stenseth, H. V., Steindal, S. A., Solberg, M. T., Ølnes, M. A., Mohallem, A., Sørensen, A. L., Strandell-Laine, C., Olaussen, C., Aure, C. F., Riegel, F., Pedersen, I., Zlamal, J., Martini, J. G., Bresolin, P., Linnerud, S. C. W., Nes, A. A. G. (2022). Simulation-Based Learning Supported by Technology to Enhance Critical Thinking in Nursing Students: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Res Protoc*, 11(4), e36725. doi: 10.2196/36725. PMID: 35373777; PMCID: PMC9016502.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*, 45(6), 204 - 211.
- The Nursing Council of Thailand. Act Professional Nursing and Midwifery. (2005). *Amended by the Nursing and Midwifery (No. 2)*, Available at: <http://www.tnc.or.th/law/index.html>.
- Thor, A. H., Inger, A. R., Hanne, H., & Ida, T. B. (2018). The Impact of New Pedagogical Intervention on Nursing Students, Knowledge Acquisition in Simulation-Based Learning: A Quasi-Experimental Study. *Nursing Research and Practice*. <https://doi.org>.

**ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต
ในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ต.วัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก**

สุชาดา สนวนนุ่ม, พย.บ.*

วิภาพร สิทธิศาสตร์, ส.ด.** และฉัตรรัตน์ ราศิริ, ส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ต.วัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย จากผู้ที่มารับบริการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา paired t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) 2) ค่าความดันโลหิตของกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) 3) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต ประกอบด้วย ความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และ 4) ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ของกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ดังนั้น การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีกำลังใจในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และมีโอกาสกลับมาเป็นกลุ่มปกติที่มีภาวะสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง การเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding: vipaporn@bcnb.ac.th

Effects of the Empowerment Program on Health Behaviors and Blood Pressure Levels in Suspected Hypertensive Patients in Ban Sao Hin Health Promoting Hospital's Area, Wat Prik Subdistrict, Mueang District, Phitsanulok Province

Suchada Suannum, B.N.S.

Vipaporn Sittisart, Dr.P.H. & Thitirat Rasiri, Dr.P.H.

Abstract

This is quasi-experimental research. The objective was to study the effects of an empowerment program on suspected patients with hypertension in the responsible area of Ban Sao Hin Health Promoting Hospital, Wat Prik Subdistrict, Mueang District, Phitsanulok Province. The sample of 60 people was drawn by simple random sampling from those receiving services and divided into groups. Experimental and control groups, each of which had 30 people. The instrument used in the experiment was an empowerment program. The data collection tools were the Health Behavior Questionnaire and home blood pressure recording. Cronbach's alpha coefficient was 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and independent sample t-test.

The results showed that 1) Before they got the program, the experimental group's mean score on healthy behaviors was lower than it was after they got the program. It was statistically significant at the 0.05 level ($p < .05$). 2) The blood pressure of the suspected hypertension group decreased. Compared to before receiving the program Statistically significant at the 0.05 level ($p < .05$). 3). The mean health behaviors of the experimental group were higher than those of the control group. It was statistically significant at $p < .05$, and the experimental group's mean blood pressure (systolic and diastolic) was lower. The control group was statistically significant at the 0.05 level ($p < .05$) Therefore, the use of an empowerment program encouraged the suspected hypertension group. have the encouragement to adopt health-promoting behaviors that can control blood pressure and the opportunity to return to normal groups with good health conditions.

Keywords: hypertension empowerment health behaviors

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก และประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โรคดังกล่าวได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง หรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ระหว่าง พ.ศ.2555 กับ พ.ศ. 2558 พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ 30-69 ปี ที่มีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุดจาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นผลมาจากโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2560) จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็น 6.7 ล้านคนในปี 2564 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยจาก 5,186 คนในปี 2556 เป็น 8,525 คนในปี 2560 และจากรายงานร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีปีงบประมาณ 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ 47.27 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สาเหตุของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ เนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงเช่น ปลา ร้า บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และเครื่องดื่มเกลือแร่เป็นต้น การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสต่อการเกิดโรคนี้นมากขึ้น (ณัฐจิรธร พันธ์มุง, อลิสรดา อยู่เลิศ และสรารัตน์ ลัทธิ, 2562) โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคทำให้ต้องรักษาเป็นเวลานานหรืออาจต้องรักษาตลอดชีวิต นอกจากนั้นยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้หลายอย่าง หากมีภาวะความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม อาจทำให้มีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือตาบอดได้โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากหัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัว และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายในที่สุด อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตเรื้อรัง เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้เกิดไตวาย ได้อาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ (อรรถเกียรติ ภาณุจณพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา, 2563)

จากการรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหินพบว่า ในปี 2564 พื้นที่รับผิดชอบ มีประชากร 1,997 คน มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 512 คน มีการดำเนินการคัดกรองสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1,100 พบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 730 คน คิดเป็นร้อยละ 66.36 ข้อมูลความเสี่ยงด้านกรรมพันธุ์ มีจำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 ค่าดัชนีมวลกาย เกินมาตรฐาน จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 ขนาดรอบเอวเกินมาตรฐาน จำนวน 372 คน คิดเป็นร้อยละ 33.82 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม จำนวน 447 คน คิดเป็นร้อยละ 24.73 และพบว่า ขาดการออกกำลังกาย จำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 40.64 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงดังกล่าว มีพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด ก่อนการวินิจฉัยว่า

เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดตัวชี้วัดระดับกระทรวงให้มีการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 52 เพื่อให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าว มีโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลับมาเป็นกลุ่มปกติ จึงควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพ ร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจที่สมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้คือ การเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) อันมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยหน่ายไม่สามารถควบคุมตนเองหรือพฤติกรรมได้ (Miller, 1992) การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้เช่น การวิจัยของวรดา ทองสุก วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ และปิ่น หทัย สุขเมธภาพ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีวิธีการที่มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถค้นพบปัญหาด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน หรือชี้แนะส่งเสริมพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จากนั้นผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน จึงได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, C.H., 1995) ที่ประกอบ 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติและการคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นที่มาของการนำกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้เพื่อควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลตนเองพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส โดยการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคของตนเองโดยใช้หลัก 3อ 2ส ประกอบด้วย อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ รวมกับการพักผ่อน ส.ไม่สูบบุหรี่ และ ส.ไม่ดื่มสุรา (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เพื่อการควบคุมความดันโลหิตในการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถ ส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบสุขภาพด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตนรวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลชุมชน อันจะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีกำลังใจในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีโอกาสกลับมาเป็นกลุ่มปกติ มีภาวะสุขภาพที่ดี อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของประเทศชาติอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ชุดกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดและขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) คือ การรับรู้และทำความเข้าใจ การยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนตามสภาพที่เป็นจริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) คือ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking Charge) คือ ใช้กระบวนการการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อช่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ควบคุมและจัดการตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) คือ การนำวิธีการเลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหา

กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่คัดกรองพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

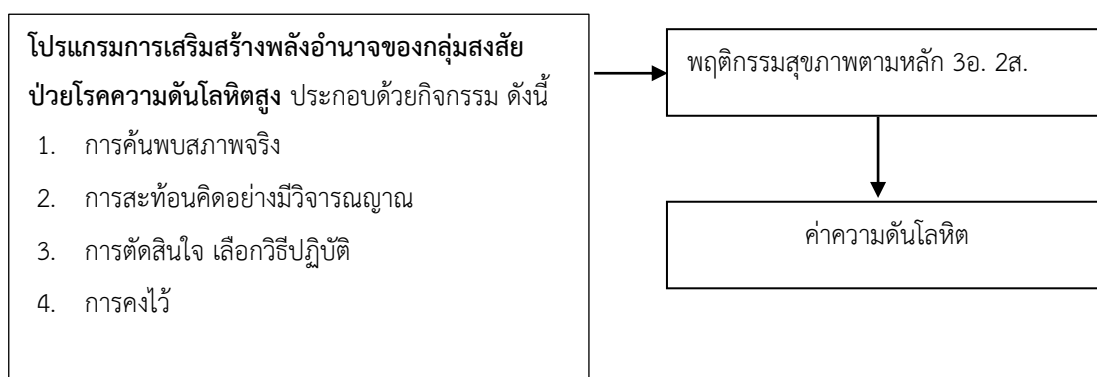
พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ รวมกับการพักผ่อน ส.ไม่สูบบุหรี่ และ ส.ไม่ดื่มสุรา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมตนเองของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยคาดหวังว่ากิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถลดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ต.วัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก จำนวน 730 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของผลงานวิจัยกึ่งทดลอง (Effect Size) มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power Table) ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณได้จาก สูตรของโคเฮน (Cohen, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยรรณกร 2545) อ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยของ (วรรัตน์ ทิพย์รัตน์และคณะ, 2557) เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ แบบกลุ่มต่อความดันโลหิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มละ 29 คน โดยนำค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาแทนค่า ตามสูตร ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad d = \frac{x_E - x_c}{SD_c}$$

d = ขนาดอิทธิพล

x_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

x_c = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_c = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$= \frac{136.52 - 126.21}{5.28}$$

$$= 1.96$$

จากค่า d ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.80 ประเมินค่าอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.80 มาเปิดตารางค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว และกำหนดให้ ค่า α เท่ากับ 0.5 ค่า power เท่ากับ 0.8 จากตาราง A Power Primer (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง โดยเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 60 คน โดยกำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ต.วัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก ที่มีผลการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ยินดีเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าร่วมกระบวนการไม่ครบทุกครั้ง หรือมีความต้องการออกจากโปรแกรม หรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ต.วัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก มีจำนวนทั้งหมด 730 คนโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 คน ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) มีผลการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 2 ครั้ง 3) เคยพบแพทย์แล้วได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประกอบอาชีพ ความพึงพอใจของรายได้ ประวัติเสี่ยงของครอบครัว และ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. จำนวน 6 ข้อ แบบมาตราส่วน 5 ระดับ โดยสอบถามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตาม 3 อ. 2ส. โดยเฉลี่ย / สัปดาห์ ระดับการให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ได้ 4 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน โดยคะแนนเต็ม 24 คะแนน

1.2 แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการเสริมสร้างพลังอำนาจใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 2) แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบ่งเป็น 3 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นเครื่องมือที่อ้างอิงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) นำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 ส่วน 2) แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้นำมาทดลองใช้งานกับกลุ่มสงฆ์ป่วยในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ใช้สามารถบันทึกได้ถูกต้องทุกคน และ 3) เครื่องวัดความดันโลหิตทุกเครื่องเป็นของหน่วยบริการที่ผ่านการทดสอบเพื่อนำไปใช้งาน (Acceptance test) และการทดสอบตามระยะเวลา (Periodic test) เพื่อพิสูจน์ความเป็นไปตามมาตรฐานของผลการวัด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการโครงการวิจัยหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน 10 ตุลาคม 2565 – 6 มกราคม พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ โดยผู้วิจัยประสานกับกลุ่มเป้าหมายและเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรมฯ

2. ระยะดำเนินการ แบ่งการดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่กลุ่มสงฆ์ป่วยเข้ารับบริการการตรวจตามแพทย์นัด โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย อธิบายข้อมูลตามหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) ขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยมีผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกในแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แล้วแจกแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

2.1 กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

สัปดาห์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามตาม 3อ. 2ส. และวิธีการบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3-7 ติดตามประเมินกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ทุกสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นเสริมกำลังใจ ความมุ่งมั่น เน้นความต่อเนื่องของพฤติกรรม

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ โดยได้รับคู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีการแนะนำให้บันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านเป็นเวลา 8 สัปดาห์

3. ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง รวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. และผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกในบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ paired t-test และ ระหว่างกลุ่มใช้ Independent sample t-test

จริยธรรมในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 4/2565.1.8 โดยผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกลำดับขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การเก็บข้อมูลเป็นความลับการเสนอข้อมูลดำเนินการจัดทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษานี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีการรบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการศึกษาก็จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 มีอายุระหว่าง 42-75 ปี อายุเฉลี่ย 56.43 ปี ($SD=8.70$) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.60 ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 56.60 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80.50 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.69 ($SD=4.74$) ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน และค่ารอบเอวเฉลี่ย 117 เซนติเมตร ($SD=10.09$) ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน และกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.37 มีอายุระหว่าง 36-84 ปี อายุเฉลี่ย 58.86 ปี ($SD=12.65$) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.50 ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 54.50 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.80 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.20 ($SD=4.46$) ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน และค่ารอบเอวเฉลี่ย 109 เซนติเมตร ($SD=9.89$) ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน สรุปภาพรวมจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	M	M
เพศชาย	53.33	57.37
เพศหญิง	46.67	42.63
อายุ (ปี)	56.43 (SD=8.70)	58.86 (SD=12.65)
อาชีพรับจ้าง	56.60	54.50
มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง	80.50	78.80
ค่าดัชนีมวลกาย	26.69 (SD=4.74)	25.20 (SD=4.46)
ค่ารอบเอว (เซนติเมตร)	117 (SD=10.09)	109 (SD=9.89)

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ความดันโลหิตของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t	df	p-value
	โปรแกรม		โปรแกรม				
	M	SD	M	SD			
1. พฤติกรรมสุขภาพ	14.56	1.99	22.33	1.09	-21.71	29	.00*
2. ความดันโลหิต							
- ตัวบน (Systolic)	145.43	10.08	128.00	7.83	10.69	29	.00*
- ตัวล่าง (Diastolic)	90.20	7.82	80.86	3.08	7.73	29	.00*

* $p < .05$

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตประกอบด้วยความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ของกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมสุขภาพ	16.20	2.23	22.33	1.09	-13.504	58	.003*
ความดันโลหิตตัวบน (Systolic)	145.53	13.27	128.00	7.84	6.228	58	.000*
ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic)	95.10	9.58	80.80	3.08	7.740	58	.000*

*p < .05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมุติฐานของการศึกษาได้ดังนี้

วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานของการวิจัย ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้น ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง โดยอธิบายตามขั้นตอนของโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยเริ่มจากการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นการส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุของโรค ปัจจัยที่อาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ได้แก่ การมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน และได้มีการจัดกิจกรรมการวิเคราะห์ความเสี่ยงรายบุคคล มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับรู้ถึงสภาวะทางสุขภาพของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการเปิดโอกาสให้พูดคุยทบทวนสถานะทางสุขภาพของตนเองอย่างรอบคอบ และเปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีสุขภาพดีไม่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดี มีแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแนวทาง 3อ. 2ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง พร้อมกับจัดทำพันธะสัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วลงมือปฏิบัติ ใช้เวลา 7 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยมีกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังการติดตามประเมินกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ทุกสัปดาห์ พบว่า กลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีการจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ มีการจัดทำกลุ่มไลน์แอฟพลิเคชัน เพื่อกระตุ้นเตือนด้านการรับประทานอาหาร การลดการดื่มสุรา ชวนกันลดความอ้วนอย่างต่อเนื่อง และในสัปดาห์ที่ 8 มีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ “ปลอดโรคปลอดภัย ลดพังลดอ้วน” ซึ่งจากโปรแกรมดังกล่าว ได้มีการติดตามในระยะยาวพบว่า กลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, C.H., 1995) มุ่งเน้นการฝึกกระบวนการค้นพบความจริงจากการทบทวนภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การประเมินค่าความดันโลหิตของตนเอง ที่พบว่าเริ่มสูงขึ้น พฤติกรรมการจัดการปัญหาของตนเอง การตระหนักรู้พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การสะท้อนคิดโดยการใช้เหตุผล สะท้อนผลเสียของการไม่ดูแลสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้ถึงผลเสียของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงการเลือกปฏิบัติในการจัดการสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับวรดา ทองสุก วรวรรณ์ ทิพย์วาริรมย์ และปิ่นหทัย สุขเมธาวร (2563) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และน้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพหลังจากที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การที่กลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามพฤติกรรมที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ที่มีความต่อเนื่อง จึงส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น มีระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ เนติยา แจ่มทิม,สินีพร ยืนยง และบุรินทร์ ศรีศลักษณ์ (2559) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้กับผู้รับบริการเพื่อเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. นำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ และมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ มีการติดตามผลในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ระบบข้อมูลสุขภาพ. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี. บริษัท โอโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการ การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ 2565. <http://www.thaincd.com/document/>
- ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิต. (2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี 2562. <http://www.thaincd.com/document/>
- เนติยา แจ่มทิม,สินีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศศลักษณ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 22(1), 65-76.
- น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(2), 46-58.
- วรดา ทองสุก วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์ และปิ่นททัย สุขเมธภาพร. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร, 47(4), 229-241.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. (2nd ed.). F. A. Davis.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโต ของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร

จารุวรรณ สอนงญาติ, ศษ.ด*, ลักขณา ศิริถรกุล, ปร.ด*

เนติยา แจ่มทิม, ศษ.ด*, ยุคนธ์ เมืองช้าง, พย.บ* และภาวดี เหมทานนท์, ปร.ด**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรทั้งยังมีการติดตามดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อเนื่อง ถึง อายุ 6 เดือน การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ มารดาที่มีบุตรเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดแบบประเมินความรู้ และแบบสังเกตพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ทั้งหมดได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้อยู่ในช่วง 0.6-1 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความรู้และแบบสังเกตพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลไปหาค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย Independent t-test และ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯสามารถเพิ่มความรู้ และพฤติกรรม การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: ทารกคลอดก่อนกำหนด ความรู้ พฤติกรรม การพยาบาลระบบสนับสนุน

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

Corresponding: jaruwan@snc.ac.th

Effects of supportive and educative nursing system program on growth and development knowledge and caring behaviors among mothers of premature infants

Jaruwan Sanongyard, Ed.D., Lakana Siratirakul, Ph.D.

Netiya Jaemtim, Ed.D., Yukon Maungchang, M.N.S. & Pawadee Hemtanon, Ph.D.

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a supportive and educational nursing program on the development and growth of preterm infants on mothers' behaviors in caring for their children and post-discharge care from the hospital continuously until the age of 6 months. This research applied the concept of nursing support and education system. The sample group was mothers whose children are born prematurely. They were divided into experimental and control groups. Data were collected in the experimental group until all 40 cases were used knowledge assessment form and an observational form of maternal behavior in caring for preterm infants. The research instruments used to collect data were the personal data of mothers, the knowledge assessment form and an observational form of maternal behavior in caring for preterm infants. The research instruments was used to calculate the content validity Index (CVI) in the range of 0.6-1.0 and to check the validity of the knowledge assessment and behavioral observation questionnaire. The validity of the knowledge assessment and behavioral assessment was used to check the validity by using the data collection tool to find the Kuder Richardson confidence value. (Kuder-Richardson) using the KR-20 formula. The reliability of the maternal knowledge assessment questionnaire was 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test and Dependent t-test.

The results showed that the mean scores of mothers' knowledge in caring for preterm infants were of the experimental group was higher than the control group and the mean score of maternal behavior in caring for preterm infants of the experimental group was significantly higher than the control group at the .05 level. This study showed that the program could increase knowledge and caring behavior. The mother's premature baby Therefore, nurses should be used to take care of this group of patients in the future.

Keywords: premature infants knowledge behavior support system nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561- พ.ศ. 2540) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดีเก่งและมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย สู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง และสุขภาพดี เด็กจึงจะเป็นรากฐานของการมีคุณภาพของคนๆ และสังคม การวางแผนการพัฒนาเด็กที่เกิดมาให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถเติบโตได้เต็มตามศักยภาพจึงมีความสำคัญ (สำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติและการสร้างความสามัคคีปรองดอง, 2562) ซึ่งบุคคลที่มีความสำคัญต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กคือครอบครัว พ่อแม่ และผู้ปกครอง โดยเฉพาะเด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนด โดยพบว่าเด็กคลอดก่อนกำหนดจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 19.12 และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น (จินตนา เกษมศิริ, นฤมล ชีระรังสิกุล และศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, 2562) จากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ทารกคลอดก่อนกำหนดแต่ละปีทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน โดยเฉพาะในประเทศไทยที่กำลังพัฒนามีรายงานทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 คนต่อทารก 10 คนและในทุกๆ ปี ในจำนวนนี้ทารกมากกว่า 1 ล้านคนเสียชีวิตซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของทารกและมารดาลดลง (หทัยรัตน์ เรืองเดชณรงค์ และธีระ ทองสง, 2563) สำหรับในประเทศไทยนั้นจากสถิติของกรมอนามัยพบว่า ภาวะสุขภาพที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กได้แก่ อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน 23.63 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน และสถิติของเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด ในปี 2563 พบว่าอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม รวมถึง 4,262 คน ในจำนวนนี้พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดมากถึงร้อยละ 31.99 ของทารกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม

การคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะต่างๆ ของทารกเกือบทุกระบบส่งผลเสียทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งงานอนามัยแม่และเด็ก (2564) ได้รายงานการติดตามทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายตามเกณฑ์สูงสุดที่ตั้งไว้ถึงร้อยละ 57 ด้วยข้อมูลดังกล่าว การคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบระยะยาวต่อเด็กและครอบครัว และที่สำคัญคือให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อทารกกลับไปอยู่กับบิดามารดาและครอบครัวที่บ้าน ด้วยทารกกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงมากคุกคามต่อสุขภาพและชีวิต ทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล จากความไม่รู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของทารก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขณะเลี้ยงดูอยู่ที่บ้าน (ปริดา อุ่นเสียม, 2560) เป็นเหตุทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อพัฒนาการ และการเจริญเติบโตล่าช้า พบการประเมินพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงอายุ 2-18 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าถึงร้อยละ 7 (จินตนา เกษมศิริ นฤมล ชีระรังสิกุล และศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, 2562)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการพัฒนาความสามารถ และช่วยเหลือสนับสนุน ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องและเพียงพอแก่ครอบครัวของทารก โดยเฉพาะมารดาผู้ที่อยู่ใกล้ชิดทารกมากที่สุด รวมถึงกระตุ้น และให้กำลังใจเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลบุตร ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำระบบการพยาบาลสนับสนุน มาใช้กับมารดาของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดเพื่อให้มารดามีความสามารถในการดูแลบุตรของตนเองด้วยตนเอง (Orem, D., Taylor, & Renpenning, K., 2001) ให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตรให้เพิ่มมากขึ้น และปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของมารดาและครอบครัว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด สำหรับการดูแลทารกที่บ้าน และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรนี้ จะช่วยให้

มารดาที่มีทักษะการดูแลบุตรทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาร่างกาย และการเจริญเติบโตของบุตร มารดามีจิตใจตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรมเพื่อบรรลุผลตาม เพื่อให้มารดาและครอบครัวสามารถดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านพัฒนาการและการเจริญเติบโตทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ทฤษฎีและแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุน ซึ่งเป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่อง การดูแลตนเองระดับบุคคล และความสามารถในการไปประยุกต์ใช้ในการดูแลพยาบาลอย่างเหมาะสม โอเร็มอธิบายโมทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติ กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิด ประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี” (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ทั้งนี้จะส่งผลให้มารดาสามารถพัฒนาตัวเองจนสามารถดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมี 6 มโนทัศน์หลัก ประกอบด้วย การดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเอง ความสามารถทางการดูแลพยาบาล (nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไข ซึ่งมีกิจกรรมเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองได้ ได้แก่ 1) การชี้แนะ (Guiding another) การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ใช้บริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ การสนับสนุน (Supporting another) เป็นวิธีส่งเสริมความพยายามให้ผู้ใช้บริการ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่ การสอน (Teaching) ในที่นี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการให้คุณค่าของมารดาในการดูแลบุตร การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ และการพัฒนาทางด้านร่างกาย เนื่องจากมารดามักมีความวิตกกังวล และมีความเครียด ไม่มั่นใจที่จะสามารถดูแลบุตรได้ อีกทั้งบุตรเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดต้องการการพึ่งพาและดูแลทั้งหมด มารดาในฐานะเป็นผู้ดูแลจำเป็นที่จะต้องตอบสนองความต้องการของบุตร เพื่อดูแลส่งเสริมพัฒนาการ และการเจริญเติบโตช่วยให้ทารกเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ หากมารดามีความพร้อมในการดูแลบุตร มารดาจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุน และความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อทดแทน และแก้ไขความพร้อมของมารดา (Orem, D., Taylor, & Renpenning, K., 2001) ในระบบนี้จะช่วยให้มารดามีความรู้ และพัฒนาความสามารถ สร้างพฤติกรรมดูแลบุตรที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด และลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ และสร้างความพึงพอใจให้กับมารดาในการดูแลบุตรที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสรุปตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1

โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรตามกรอบแนวคิดของ (Orem, D., Taylor, & Renpenning, K., 2001)

1. การชี้แนะ (guiding and directing)
2. การสนับสนุน (supporting another)
3. สนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
4. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคล (providing & maintaining an environment that support personal development) จูงใจให้บุคคล ตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรมเพื่อบรรลุผลตามเป้าหมาย
5. การสอน (teaching)

ความรู้และพฤติกรรม
การดูแลของมารดา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ดำเนินการโดยนำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ผ่านการพัฒนาไปใช้ในสภาพจริง

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ครอบคลุม คือ มารดา และผู้ดูแลที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่แรกเกิดต่อเนื่องถึงอายุน้อย 6 เดือน จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาที่มีบุตรเป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งต้องแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กำหนดให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการ จับคู่ ตามช่วงเวลา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ดูแลทารกต่อเนื่องถึงอายุ 6 เดือน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน จาก 4 ภาคของประเทศไทย จากจังหวัดสุพรรณบุรี เชียงใหม่ นครศรีธรรมราชและนครราชสีมา จังหวัดละ 10 คน เป็นกลุ่มทดลอง 10 และกลุ่มควบคุม 10 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มารดาหรือครอบครัวที่มีบุตรเป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยอื่น อายุ 18 ปี ขึ้นไป

2. เป็นมารดาหรือครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกก่อนกำหนดมาก่อน

3. เป็นผู้ดูแลหลักและจะเป็นผู้ดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

4. ผู้วิจัยสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

5. ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ (Gestational Age) 28-36 สัปดาห์ โดยนับอายุ ครรภ์จากการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา หรือผลการตรวจ Ultrasound หรือได้รับการ ประเมินจากแพทย์โดยวิธีของบาลาร์ด (Ballard's score, 1991)

เกณฑ์การคัดออก

1. มารดาหรือครอบครัวไม่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยต่อหรือขอออกจากงานวิจัยเมื่อเริ่มดำเนินการวิจัยไปแล้ว

ขนาดตัวอย่าง

จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง เปิดตารางการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน Cohen, J. (1990) ด้วยการวิเคราะห์แบบ one-tailed test dependent t-test กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) .40, Significance level (α) .05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 40 คน การสุ่มตัวอย่างแบบ Random sampling แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างละ 40 คน คน การแบ่งกลุ่มเพื่อทำการศึกษา กำหนดสัดส่วนกลุ่มทดลอง จังหวัดละ 10 คน รวม 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา และเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสิ้น 3 คน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำมาทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมของขั้นตอน ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

- โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและส่งเสริมความรู้ และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

- คู่มือแนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับมารดา

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด

- แบบประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้และความสามารถในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 48 ข้อเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลทารกเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรค และการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่คาดคิดตามกระบวนการ เตรียมการจำหน่าย ลักษณะข้อคำถามให้เลือกคำตอบเป็นแบบถูกและผิด และให้คะแนนเป็น 0 เมื่อตอบไม่ถูกต้องหรือ 1 เมื่อตอบถูกต้อง ในการแปลผลใช้ค่าคะแนนรวมในการแปลความหมาย โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ คะแนน ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 แปลว่ามีความรู้ ในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดถูกต้อง ถ้าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 75 แปลว่ามีความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดไม่ถูกต้อง

- แบบสังเกตพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นการประเมินพฤติกรรม จำนวน 40 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลทารก เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรค และการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่คาดคิด ตามกระบวนการเตรียมการจำหน่าย ลักษณะข้อคำถามเป็นปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติและให้คะแนนเป็น 0 เมื่อไม่ปฏิบัติหรือ 1 เมื่อปฏิบัติ ในการแปลผลใช้ค่าคะแนนรวมในการแปลความหมาย โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ คะแนน ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 แปลว่ามีความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดถูกต้อง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 75 แปลว่ามีความรู้ในการดูแลทารกคลอด ก่อนกำหนดไม่ถูกต้อง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และให้การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 2 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำมาคำนวณหาค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.6-1 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและหาค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเท่ากับ 0.84 และแบบสังเกตพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79 วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะของการสร้างโปรแกรมการพยาบาลต่อความรู้และพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมที่สร้างขึ้นกับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และให้การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 2 ท่าน ปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะ เมื่อตรวจสอบเนื้อหาและความเหมาะสมแล้ว จึงนำโปรแกรมหาลงไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลต่อไป โดยทีมผู้วิจัย

ระยะที่ 2 ระยะที่ผู้วิจัยเข้าพบมารดาที่ห่อผู้ป่วยก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้าน โดยทางห่อผู้ป่วยจะนัดมารดามารับบุตรเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เพื่อแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด และ Pretest ความรู้และพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบกลุ่มละ 40 ราย รวม 40 รายโดยเริ่มเก็บข้อมูลทันทีในวันที่ทารกจะกลับบ้านหลังเข้ารับการรักษาในห่อผู้ป่วย (ใช้เวลาคนละ 20 นาที) และนัดหมายเพื่อไปจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่บ้าน เมื่อทารกกลับไปจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมบ้านของมารดาโดยการนำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร ไปใช้ในการแนะนำมารดา และแจกคู่มือการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดสำหรับมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจนครบ 40 ราย (กลุ่มทดลอง) (ใช้เวลาคนละ 60 นาที)

กิจกรรมประกอบด้วย

1. การให้ความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด 6 ด้าน ใช้เวลา 60 นาที
2. สาธิตการเช็ดตัวลดไข้ การนวด การประเมินพัฒนาการ การลงบันทึก และการประสานงานกับบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ (เช่น การใช้ 1669 เบอร์โทรศัพท์รพ.สต.ในพื้นที่) เวลา 60 นาที
3. แนะนำการค้นหาความรู้ผ่านกลุ่มออนไลน์ แอปพลิเคชันเรื่อง “โตสมวัยใส่ใจลูกน้อย”
4. การประเมินติดตามผลการใช้โปรแกรมฯ

ระยะที่ 4 ระยะของการติดตามประเมินผล (Post-test) ของโปรแกรมฯ เมื่อมารดาอยู่ที่บ้านโดยทางผู้วิจัยจะทำการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทางโทรศัพท์ และเยี่ยมบ้าน ขึ้นกับความพร้อมของมารดาและทารก เพื่อสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเข้ารับการรักษาพยาบาลซ้ำ อาการแทรกซ้อน และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภาวะสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด และตรวจพัฒนาการและการเจริญเติบโตในช่วงระยะเวลาหลังจาก

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปเป็นระยะเวลา 2 เดือน รวมทั้งประเมินและสังเกตพฤติกรรมมารดา โดยใช้แบบบันทึกพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารก และให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบประเมินความรู้ และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในเรื่องการตรวจ และการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต และสังเกตพฤติกรรมของมารดาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ใช้เวลาคนละ 30 นาที)

หมายเหตุ หากพบว่ามารดายังไม่สามารถปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดได้ (จากการโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ติดตาม) ทางผู้วิจัย (ทั้งจากไปเยี่ยมบ้านและการทำสื่อการสอนร่วมกับการสร้างแรงเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และเกิดการปรับเปลี่ยน การปฏิบัติให้ถูกต้อง แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อย่อย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนดและทารกคลอดก่อนกำหนด อาการผิดปกติและปัญหาที่อาจเกิดขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ
2. ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโต และวิธีการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนด และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด
3. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารสำหรับทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด
4. การดูแลสุขภาวะ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การฝึกฝนและเตรียมความพร้อมในทักษะการดูแลทารกที่จำเป็นเช่น การอุ้ม การอาบน้ำ การดูแลความสะอาด การวัดไข้ และการเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูล และทำการวิจัยโดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่: EC-023/2564 และของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 065 และก่อนดำเนินการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมของการศึกษาวิจัยโดยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ของผู้ร่วมวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการให้ข้อมูลต่างๆ ทุกเมื่อโดยไม่จะมีผลต่อการการรักษาที่ทารกจะได้รับ ผู้ร่วมวิจัยมีอิสระทางความคิดสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองหรือให้ข้อมูลต่างๆ ได้ รวมทั้งสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถรับทราบข้อมูลดังกล่าวได้ และข้อมูลต่างๆ ที่จะนำเสนอในงานวิจัยเป็นข้อมูลที่อยู่ในภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นไปสู่ตัวบุคคลได้ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ปกครองยินยอมให้เด็กเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้บิดาหรือมารดาลงนามยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยก่อนที่จะทำการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจะวิเคราะห์ด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดและข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติวิเคราะห์ด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาที่มีบุตรเป็นทารกคลอดกำหนดและทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมารดาทารกคลอดก่อน กำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามสถานภาพสมรส อายุ โรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด รายได้ อาชีพ การมีบุคคลอื่นช่วยเหลือดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระดับการศึกษา ประวัติการฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ วิธีการคลอด และจำนวนวันลาหลังคลอด

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 40)		กลุ่มควบคุม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลมารดา				
1. อายุ (ปี)				
18-30	8	20.0	7	17.5
31-35	27	67.5	24	60.0
36-40	4	10.0	3	7.5
> 41	1	2.5	6	15.0
2. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	4	10.0	3	7.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	17.5	23	57.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	21	52.5	4	10.0
ปวส./ อนุปริญญา	5	12.5	1	2.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	5.0	6	15.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.5	4	10.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 40)		กลุ่มควบคุม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. รายได้ (บาท/เดือน)				
< 10,000	3	7.5	3	7.5
10,001-15,000	27	67.5	23	57.5
15,001-20,000	6	15.0	3	7.5
20,001-25,000	2	5.0	2	5.0
25,001-30,000	1	2.5	9	22.5
> 30,001	1	2.5	0	0
4. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	5	12.5	6	15.0
รับจ้าง	24	60.0	21	52.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	12.5	9	22.5
เกษตรกร	4	10.0	4	10.0
อื่น ๆ	2	5.0	0	0

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่คลอดก่อนกำหนดในกลุ่ม ทดลองและกลุ่ม ควบคุม แสดงรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ข้อมูลมารดาในกลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี มากที่สุด จำนวน 27 คน ร้อยละ 67.5 มีระดับการศึกษา อยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 52.5 มีรายได้ในช่วง 10,001-15,000 บาท มากที่สุด จำนวน 27 คน ร้อยละ 67.5 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 60

2. ข้อมูลมารดาในกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี มากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 60 มีระดับการศึกษา อยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด จำนวน 23 คน ร้อยละ 57.5 มีรายได้ในช่วง 10,001-15,000 บาท มากที่สุด จำนวน 23 คน ร้อยละ 57.5 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 42.5

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอด ก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่ม ทดลองระหว่างก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความรู้ (n= 40)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	t-test	P
ก่อนเข้าโปรแกรม	13.21	2.32	13.39	.000**
หลังเข้าโปรแกรม	24.09	2.82		

**p < .001

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมากกว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมโดยค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 23.14 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 14.02 คะแนน ซึ่งเมื่อทดสอบผ่านสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้จากโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	M	SD	t-test	P
กลุ่มควบคุม (n= 40)	10	19	16.12	2.47	15.07	.000
กลุ่มทดลอง (n= 40)	15	28	24.04	1.59		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มควบคุมน้อยกว่ากลุ่มทดลองโดยค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 16.12 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในกลุ่มทดลองเท่ากับ 24.04 คะแนน ซึ่งเมื่อทดสอบผ่านสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความรู้ และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	M	SD	t-test	P
กลุ่มควบคุม (n= 40)	15	20	16.98	3.78	15.42	.002
กลุ่มทดลอง (n= 40)	16	27	23.53	2.01		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 16.98 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 23.53 คะแนน และค่าคะแนนพฤติกรรมต่ำสุด เท่ากับ 16 คะแนน และค่าคะแนนพฤติกรรมสูงสุด เท่ากับ 27 คะแนน

ซึ่งเมื่อทดสอบผ่านสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยวัดคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากงานวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ โดยความรู้ของกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นโปรแกรมที่วางแผนการดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามและประเมินผลภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โปรแกรมการพยาบาลนี้ได้นำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ (supportive-educative system) ซึ่งในระบบนี้ ผู้ป่วยจะมีบทบาทในการเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด กระทำการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ซึ่งในการศึกษานี้ได้นำระบบการพยาบาลนี้มาใช้กับมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตรให้เพิ่มมากขึ้น และปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของมารดาและครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณชน ปาพรม และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นที่คลอดทารกก่อนกำหนด พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้นี้ช่วยให้มารดาวัยรุ่นเกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จะช่วยส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโตและการพัฒนาที่ดีต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนิชา ศรีละมัย (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า ภายหลังการทดลองเมื่อทารกอายุ 1 เดือน มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารกกลุ่มทดลองสูงกว่าทารกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดช่วยให้มารดามีการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดดีขึ้นซึ่งส่งผลให้น้ำหนักทารกมากขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของชนิกานต์ ชาญเดช (2558) ที่พบว่า คุณภาพการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรขวบปีแรก และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้ว่าถ้าคุณภาพการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ดี จะทำให้มารดา

มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดี เนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพรวมทั้งพยาบาลเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของมารดา และสอดคล้องกับการศึกษาของภากร ชูพินิจรอบคอบ (2565) เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของนิดา ภาณุตานนท์ (2562) เรื่องการพัฒนาระบบการจำหน่ายที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ทารกส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ระหว่าง 2,001-2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 63.3 และร้อยละ 100 วันจำหน่ายทารกมีน้ำหนักมากกว่า 2,000 กรัม ด้านความรู้ของมารดา ผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งสี่ด้าน พบว่า คะแนนความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยของมารดา ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ด้านผู้ให้บริการพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามระบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และพยาบาลผู้ให้บริการมีคะแนนความพึงพอใจ และเห็นด้วยกับระบบการจำหน่ายที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อย ในระดับมาก

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการพัฒนาความสามารถและช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ กระตุ้นและให้กำลังใจมารดาคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง (Orem, D., Taylor, & Renpenning, K., 2001) จะช่วยให้มารดาสามารถดูแลบุตรได้ดียิ่งขึ้น การสอนและการสาธิต และการได้ฝึกปฏิบัติจริง จะทำให้มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดเกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติสถานการณ์จริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวารี โพธิ์ศรี (2559) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมการจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาที่บ้าน โดยผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมการจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายมีพฤติกรรม การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้านดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (พนิดา อยู่ชัชวาล และชมลรรค กองอรรถ, 2563) เมื่อพิจารณารายด้านในเรื่องพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาพบว่า พฤติกรรมของมารดาส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและควบคุม เมื่อเข้ารับการรักษายังหอผู้ป่วย พบว่าในช่วงแรกมักมีความไม่มั่นใจ วิดกกังวล ไม่คุ้นเคยกับการที่ต้องดูแลบุตรด้วยตนเอง ไม่ได้เตรียมตัวและยังไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล มารดาบางรายไม่กล้าที่จะสัมผัส กับทารกและรู้สึกว่าการตนเองไม่มีความสามารถและไม่มั่นใจในการดูแลทารกทำให้พฤติกรรมในช่วงแรกที่เข้ารับการรักษาเป็นการสอบถาม และพึ่งพิงพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร มีหมู่ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยของมารดาหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤตโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยของมารดาโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนัยรัตน์

คุณวิจักขณ์ พนิตา อยู่ชัชวาล และชมลรรค กองอรรถ (2563) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดที่ได้รับการส่งไปโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทมารดาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้มารดาปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดครบกำหนดที่ได้รับการส่งไปได้ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกของมารดามักเป็นการช่วยในการบีบเก็บน้ำนมมารดาให้บุตร การป้องกัน อุบัติเหตุและการดูแลสุขอนามัยเบื้องต้น ซึ่งมารดาบางรายในช่วงแรกยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพยาบาล จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้มารดาและครอบครัวสามารถที่จะดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และต่อเนื่องการดูแลไปยังบ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปริดา อุ่นเสียม (2560) พบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโรงพยาบาลพัทลุง ที่ปฏิบัติจริงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโรงพยาบาลพัทลุง ที่ต้องการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่ปฏิบัติจริงโดยรวมและรายด้านน้อยกว่าที่ต้องการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโรงพยาบาลพัทลุง และนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มารดาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตตามความต้องการของมารดา

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการนำทฤษฎีแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) มาใช้เพื่อให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถที่จะกำหนดความต้องการ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอน สนับสนุนและแนะนำ รวมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่ให้การดูแลจะให้การชี้แนะให้มารดาสามารถตัดสินใจในการดูแลทารกได้ สนับสนุนและส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ พยาบาลมีบทบาทในการสอนซึ่งเป็นบทบาทหลักและมีความสำคัญ อีกทั้งภายหลังจากการสอนและให้ความรู้กับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ร่วมกับพัฒนาทักษะความสามารถซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้มารดาได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลมารดาจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามโปรแกรม และก่อนจำหน่ายจะได้รับการประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จากพยาบาลเพื่อให้มั่นใจว่ามารดาสามารถที่จะดูแลทารกคลอดกำหนดที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และผลที่อาจเกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องได้ ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ระดับความวิตกกังวล ความมั่นใจในการดูแลบุตรของมารดา และการช่วยเหลือของบุคคลในครอบครัว ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
2. ควรมีการต่อยอดสร้างเป็นระบบการเตรียมการจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ และจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น
3. ควรมีระบบการติดตามเยี่ยม หรือโปรแกรมการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง ทั้งรูปแบบไปเยี่ยมบ้าน และใช้สื่อระบบการพยาบาลทางอินเทอร์เน็ต (Telehealth) เพื่อลดภาวะความเครียดและช่วยเหลือมารดาได้รวดเร็ว และเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้ง่าย

เอกสารอ้างอิง

- งานอนามัยแม่และเด็ก. (2562). *โภชนาการในเด็ก*. <https://hdcservice.moph.go.th>.
- จินตนา เกษมศิริ, นฤมล ชีระรังสีกุล และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการต่อพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(2), 52-65.
- ชนิกานต์ ขาญเดช. (2558). ปัจจัยทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกในเขตกรุงเทพมหานคร. *รามาศิษีพยาบาลสาร*, 21(1), 20-37.
- ภากร พุทธิกิจ รอบคอบ. (2565). เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 7(1), 18-32.
- ณัฐนิชา ศรีละมัย. (2559). ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(2), 83-94.
- นัยรัตน์ ดุลยวิจักขณ์, พนิดา อยู่ชัชวาล และชมลรรค กองอรรถ. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดที่ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(3), 92-103.
- ปรีดา อุ่นเสียม. (2560). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4 (ฉบับพิเศษ เมษายน 2560), 61-74.
- พนิดา อยู่ชัชวาล และชมลรรค กองอรรถ. (2563). ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดที่ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(3), 92-103.
- สุวารี โพธิ์ศรี. (2559). ผลของโปรแกรมการเตรียมจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อพฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาที่บ้าน.[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ภาณุตานนท์. (2562). เรื่องการพัฒนากระบวนการจำหน่ายที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์*, 9(5), 604-616.

- ศิริพร มีหมู่ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. (2560). ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยของมารดาหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(4), 21-30.
- หทัยรัตน์ เรืองเดชณรงค์ และธีระ ทองแสง. (2560). *Update on preterm labor*. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist*, 45, 1304-1312.
- Ballard JL., Khoury JC., Wedig k., Wang L., Eilers-Walsman BL., Lipp R. (1991). The new Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *Journal pediatric*, 119, 417- 423.
- Orem, D., Taylor, S., & Renpenning, K. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6 ed.)*. St.Louis: Mosby Year Book.

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก

มิตรธิดา แจ่มใส, พย.บ.*

อิทธิรัตน์ ราศรี, ส.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วย ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี ถือเป็นโปรแกรมที่ความเหมาะสม สามารถการนำไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อันทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง การสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง

** วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding: mittira39@gmail.com

Effects of a Motivational Interviewing Program on Self-care Behaviors and Blood Pressure Level among Patients with Uncontrolled Hypertension in the Tha Thong Health Promoting Hospital, Mueang District, Phitsanulok Province

Mittira Chamsai, B.N.S.

Thitirat Rasiri, Dr.P.H.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine how a motivational interviewing program affected self-care behaviors and blood pressure levels in patients with uncontrolled hypertension at Tha Thong Health Promoting Hospital (HPH), Mueang District, Phitsanulok Province. The samples were 60 patients who registered in HPH and were included by the simple random sampling. They were divided symmetrically into two groups: the experimental group and the control group. A motivational interviewing program was used as the intervention. Data were collected using a self-care behavioral evaluation form and a home blood pressure monitoring form. Cronbach's alpha coefficient was 0.84 when the tools' quality was evaluated. The data was analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent sample t-tests.

The results showed that 1) after experimenting the program, the experimental group had a statistically significant higher mean score on self-care behavior and lower blood pressure than before at $p < 0.05$. 2) there were statistically significant differences between experimental group and control group in the higher mean score on self-care behavior and lower blood pressure at $p < .05$, respectively. As a result, the motivational interviewing approach may enhance self-care practices and blood pressure control in hypertension patients. It was suitable for patient care and was also capable of controlling blood pressure levels.

Key words: Hypertension Motivational Interviewing Self-care behavior

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ประชากรทั่วโลกมีความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน จากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 ประชาชนไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 2,245.09 ต่อแสนประชากร และในปี 2563 มีจำนวนการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ถึง 9,303 คน คิดเป็นอัตรา 14.22 ต่อแสนประชากร ส่งผลต่อทำให้เกิดความพิการ เกิดการเสียชีวิต ประชากรไทยมีอัตราการเสียชีวิต ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อัตรา 52.80 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 32.57 ต่อแสนประชากร อันมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และปี 2561 จังหวัดพิษณุโลกมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 2,389.65 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) ในปีพ.ศ. 2561 โดยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.3 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ชายสูงกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากขึ้นได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 14.9 หัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8.8 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.44 9 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยกำหนดไว้ว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตควรควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในภาพรวมระดับประเทศมีเพียงบางจังหวัด เท่านั้นที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ โดยพื้นที่ส่วนใหญ่ยังประสบปัญหาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ จนทำให้ในระยะยาวย่อมตามมาด้วยการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี (เป้าหมาย $\geq 60\%$) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง รับผิดชอบดูแลประชาชนทั้งสิ้น 10,104 คน ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,840 คน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ทั้งสิ้น 1,008 คน คิดเป็นร้อยละ 54.78 (รายงานสถิติข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ยังถือว่าไม่บรรลุตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงถือเป็นปัญหาที่สำคัญ สิ่งที่เกิดจากการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้พบว่า ขาดการรับรู้ในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี บริโภคอาหารรสเค็ม ขาดการออกกำลังกาย มีบางรายยังสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร สุจันงค์ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรีพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การบริโภค อาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และยังพบอีกว่า ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาได้แก่ รับประทานยาไม่ตรงเวลา สัมรับประทาน ซึ่อยารับประทานเอง หุดยาเอง ปฏิเสธการรักษา มีลักษณะหุดยรักษา ทั้งเกิดจากความตั้งใจและความไม่ตั้งใจ หรือรักษาเป็นบางครั้ง รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเช่น รับประทานอาหารรสเค็ม การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบ หลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการสร้าง

แรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) เป็นการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยแข็งแกร่ง เกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2560) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการสร้างแรงจูงใจ มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดความร่วมมือในการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ สร้างความตระหนักในปัญหาตนเอง และเกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนมีอาการดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย มีสุขภาวะที่ดี

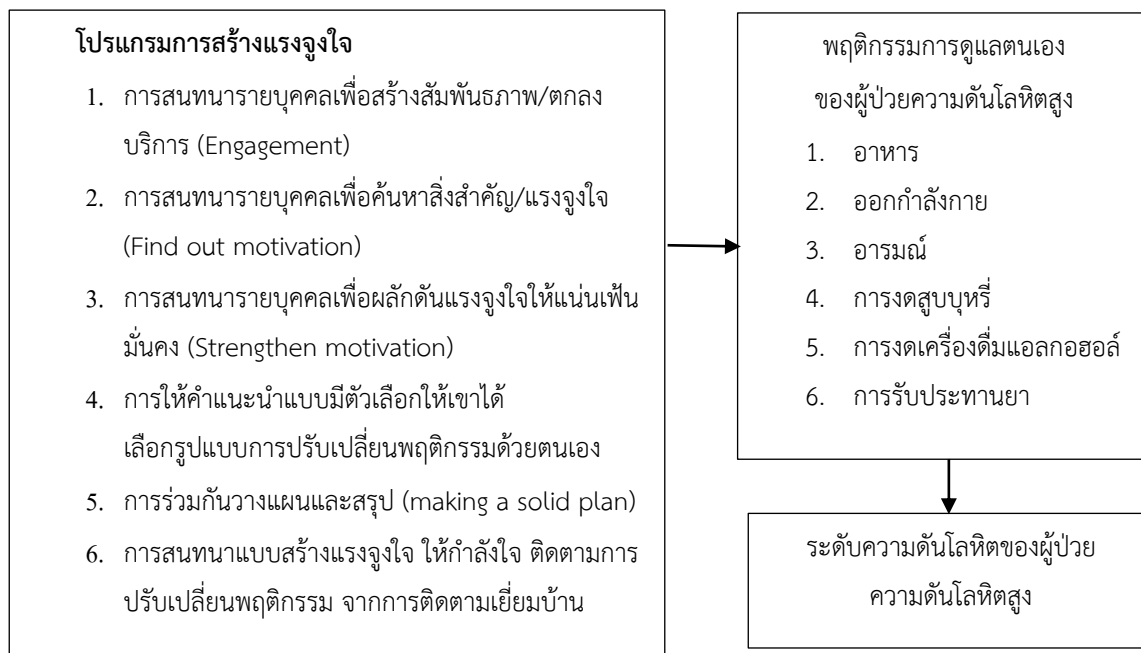
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังในกลุ่มทดลองที่ได้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ

คำถามของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง แตกต่างกันหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ แตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังในกลุ่มทดลองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ตามรูปแบบ ดังนี้

กลุ่ม	วัดก่อน	ให้การทดลอง	วัดหลัง
ทดลอง	O1	X	O2
ควบคุม	O4	(X)	O5

- เมื่อ
- O = การเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต
 - O1,O4 = การเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตก่อนการทดลอง
 - O2,O5 = การเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตหลังการทดลอง
 - X = การให้การทดลองด้วยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ
 - (X) = การได้รับการดูแลตามปกติในหน่วยบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 1,840 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของผลงานวิจัยกึ่งทดลอง (Effect Size) มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power Table) ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณได้จากสูตรของโคเฮน (Cohen, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยรรณกร 2545) สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ จิราภรณ์ นกแก้ว (2558) เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการฝึกโยคะต่อค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โดยนำค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาแทนค่า ตามสูตร ดังนี้สูตร

$$d = \frac{x_E - x_C}{SD_C}$$

$$d = \text{ขนาดอิทธิพล}$$

$$x_E = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง}$$

$$x_C = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม} \quad SD_C = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม}$$

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$= \frac{48.0 - 42.35}{3.53}$$

$$= 1.60$$

จากค่า d ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.80 ประเมินค่าอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.80 มาเปิดตารางค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว และกำหนดให้ ค่า α เท่ากับ 0.5 ค่า power เท่ากับ 0.8 จากตาราง A Power Primer (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง โดยผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนรวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 60 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีจำนวนทั้งหมด 1,008 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ทำการสุ่มโดยวิธีการจับฉลาก จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปอย่างน้อย 1 ครั้ง

2. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

3. ยินดีเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เข้าร่วมกระบวนการไม่ครบทุกครั้ง หรือมีความต้องการออกจากโปรแกรม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างเองแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และความต่อเนื่องของการรักษา ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ แบบมาตราส่วน 3 ระดับ โดยแบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน โดยคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.2 แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีเนื้อหาในเรื่องของความหมายของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง

2.2 โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจของเทอดศักดิ์ เดชคง (2560) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. Engagement การสร้างสัมพันธภาพ/ตกลงบริการ
2. Find out motivation ค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ
3. Strengthen motivation การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง
4. การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง
5. making a solid plan

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้มีการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค เท่ากับ .84 ส่วน และแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน ได้นำมาทดลองใช้งานกับที่คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน อ.เมือง จ.พิษณุโลก ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีความดันโลหิต ซิสโตลิก ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งผู้ใช้สามารถบันทึกได้ถูกต้อง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนเครื่องวัดความดันทุกเครื่องเป็นเครื่องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการทดสอบเพื่อนำไปใช้งาน (Acceptance test) และการทดสอบตามระยะเวลา (Periodic test) เพื่อพิสูจน์ความเป็นไปตามมาตรฐานของผลการวัด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการโครงการวิจัยหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่โครงการวิจัย เลขที่ SCPHPL 4/2565.1.7 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2565–10 มกราคม พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

- ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับพื้นที่
- เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม

2. ระยะดำเนินการ

แบ่งการดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2.1 กลุ่มทดลอง ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์รวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

1) ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการการตรวจตามแพทย์นัด โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย อธิบายข้อมูลตามหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) ขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2) ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกในแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แล้วแจกแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินก่อนการทดลอง

3) ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง รายบุคคล โดยนัดหมายให้กลุ่มทดลองมาพบที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้าน สองสัปดาห์หนึ่งครั้ง จำนวน 2 ครั้ง ตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ 5 ขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในขั้นตอน Engagement การสร้างสัมพันธภาพ/ตกลงบริการ และ Find out motivation ค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ ในขั้นตอน Strengthen motivation การปลุกดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง making a solid plan วางแผนและสรุป

สัปดาห์ที่ 3-4 กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามที่วางแผนไว้ด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใช้การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 6-7 กลุ่มทดลองดำเนินการตามที่วางแผนไว้ด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ใช้การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมประเมินค่าความดันโลหิต และแจกแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินหลังการทดลอง

2.2 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยพบแพทย์รับยาตามนัด และแจกคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (Data Analysis and Statistics)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง Independent t-test

ใบพินิจสิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 4/2565.1.7 และผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจ ได้ชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การเก็บข้อมูลเป็นความลับการเสนอข้อมูลดำเนินการจัดทำในภาพรวม และ

นำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษารังนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีการรบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาจึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 37-84 ปี อายุเฉลี่ย 59.13 ปี (SD 12.64) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 82.80 ส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 76.60 และส่วนใหญ่ได้รับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 70.00 และกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 37-84 ปี อายุเฉลี่ย 65.56 ปี (SD 11.87) การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.30 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 83.30 และส่วนใหญ่ได้รับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 90.00 สรุปภาพรวมจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n = 30$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มควบคุม							
1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	14.06	2.36	13.76	2.04	-0.61	29	.543
2. ความดันโลหิต							
- ตัวบน (Systolic)	150.43	13.97	148.70	12.18	1.56	29	.128
- ตัวล่าง (Diastolic)	93.90	9.21	94.93	10.26	-1.39	29	.173
กลุ่มทดลอง							
1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	14.16	2.05	25.76	1.94	-24.21	29	.000*
2. ความดันโลหิต							
- ตัวบน (Systolic)	154.90	19.08	132.70	7.46	5.25	29	.000*
- ตัวล่าง (Diastolic)	96.20	8.94	86.00	5.56	4.72	29	.000*

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุม ไม่ได้ได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองก่อน-หลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต ภายในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจพบว่า ความดันโลหิตของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	14.06	2.36	25.76	1.94	-20.954	58	.000*
2. ความดันโลหิต							
- ตัวบน (Systolic)	149.23	12.49	132.70	7.46	6.224	58	.000*
- ตัวล่าง (Diastolic)	93.90	9.21	86.00	5.56	6.612	58	.013*

*p < .05

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตประกอบด้วยความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากศึกษาผลของผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

จากวัตถุประสงค์ข้อ 1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ พบว่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และวัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตประกอบด้วยความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจของเท็ดคักกี้ เดซง (2560) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการสนทนาแบบฉันทมิตรมากกว่าการชี้นำเพื่อให้ส่งเสริมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพ และพาผู้ป่วยก้าวข้ามความลังเลไปสู่การปฏิบัติ ตามแนวทางในการสร้างร่วมมือ ดังความต้องการตามศักยภาพของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวางแผน วางเป้าหมายของ การสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยผลของจารุณี ปลายยอดและ ชีวรัตน์ ต่ายเกิด (2565) เรื่อง โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลอินทร์บุรี พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการวิจัยของเทอดศักดิ์ เดชคง (2563) เรื่อง ประสิทธิผลการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ไม่ดีพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในฮีโมโกลินเอวันซีระหว่างก่อนทดลองและติดตามครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย Engagement การสร้างสัมพันธภาพ/ตกลงบริการ Find out motivation ค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ Strengthen motivation การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง และ making a solid plan วางแผนและสรุปร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมประเมินค่าความดันโลหิตที่บ้านเป็นการสร้างความต่อเนื่องให้กับการสร้างพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารระดับกระทรวง ควรมีนโยบาย พัฒนาสมรรถนะการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และส่งเสริมการนำรูปแบบนี้ไปใช้เพื่อการจัดการโรคเรื้อรังที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่พบ

ข้อค้นพบ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการนำโปรแกรมห้กล่าวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเพื่อประเมินผลความยั่งยืนของโปรแกรมและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). กรุงเทพฯ: อีโมชั่นอาร์ต จำกัด.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี. นนทบุรี: บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- จารุณี ปลายยอดและ ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. (2565). ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี, *Singburi Hospital Journal*, 30 (3), 64 – 75.
- จิราภรณ์ นกแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการฝึกโยคะต่อค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37 (1), 10-23.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2560). สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2563). ประสิทธิผลการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในอีโมโกบิลเอวันซี. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 14 (2), 16-25.
- น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24 (2), 46-58.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2545). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง และ ปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 27-35.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562*. กรุงเทพฯ: ทริคธิงค์.
- สุมาพร สุจำนงค์ มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขัวญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 29(2), 20–30.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ญาณัจฉรา สมุทรศิริ*, ญัฐกานต์ วันศุกร์*

กัมปนาท ฉายชูวงศ์, Ph.D**, ญาณันธร กราบทิพย์, ส.ด.**, และสินีนานา โคตรบรรเทา, ส.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาระหว่างการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 152 ราย ระหว่างธันวาคม 2565-มกราคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามประเภทตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Mann-Whitney U test และการถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 76.97 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว (OR=5.15, 95% CI=2.14–12.44) ความไม่พร้อมของสถานที่ (OR=2.90, 95% CI=1.25–6.76) และระยะเวลาในการเรียนออนไลน์ (OR=2.58, 95% CI=1.10–6.02)

โรงเรียนควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเรียนออนไลน์ กำหนดระยะเวลาการเรียนออนไลน์ในแต่ละคาบเรียนให้มีความเหมาะสม และให้คำแนะนำกับผู้ปกครองเกี่ยวกับการจัดสถานที่เรียนออนไลน์ให้เหมาะสม นอกจากนี้ควรจัดการเฝ้าระวังและการคัดกรองความเครียด รวมถึงระบบการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือนักเรียนที่มีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยลดความเครียดของนักเรียนระหว่างการเรียนออนไลน์

คำสำคัญ: ความเครียด การเรียนออนไลน์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*นักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

**อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***เภสัชกรชำนาญการพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding: kampanart@scphc.ac.th

**Stress during online learning in the pandemic of coronavirus disease 2019
among high school students in Nong Ri Sub-district, Mueang Chonburi District,
Chonburi Province**

Yanatchara Samutkeeree, Natthakan Wansuk

Kampanart Chaychoowong, Ph.D., Yananthorn Krabthip, Dr.P.H. & Sineenart Kohtbantau, M.P.H.

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the prevalence and factors associated with the stress with a level influencing their daily life among high school students during online learning in the pandemic of coronavirus disease 2019 in a school located in Nong Ri sub-district, Mueang district, Chonburi province. Data were collected among 152 samples during December 2022 – January 2023 by using self-administered questionnaire and analyzed by descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, and maximum; inferential statistics: Chi-square test, Mann-Whitney U test, and multiple logistic regression.

The results showed that the prevalence of participants having the influential stress was 76.97%. Factors associated significantly with the stress influencing their daily life were family expenditure problems (OR = 5.15, 95% CI = 2.14 – 12.44), inappropriate location (OR = 2.90, 95% CI = 1.25 – 6.76), and duration of online learning (OR = 2.58, 95% CI = 1.10 – 6.02).

The school should support an essential equipment for online learning, arrange an appropriate duration per lesson for online learning, and provide advice to students' parents on setting up an appropriate online learning facility. Moreover, surveillance and stress screening should be addressed including a system of counseling and support for students having stress with a level influencing their daily life to help reduce the stress of students during online learning.

Keywords: stress online learning coronavirus disease 2019

บทนำ

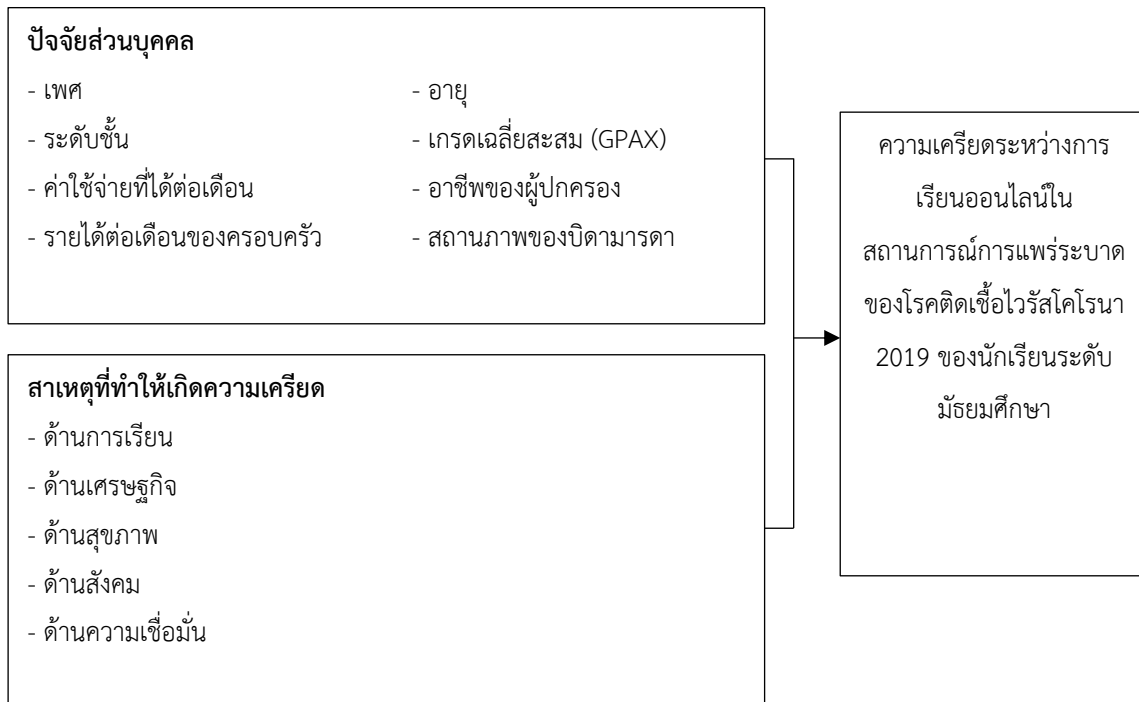
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้สร้างผลกระทบโดยตรงต่อระบบการศึกษาในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยที่ได้มีการสั่งปิดสถานศึกษา และปรับเปลี่ยนเป็นการศึกษาผ่านระบบออนไลน์ (Bayham & Fenichel, 2020) ซึ่งสถาบันการศึกษาในไทยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผนเตรียมการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ไว้เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินเหล่านี้จึงทำให้บุคลากรและนักเรียนนักศึกษาต้องมีการปรับตัวในรูปแบบการศึกษา จึงอาจส่งผลให้เกิดความเครียดในการเรียนออนไลน์และส่งผลกระทบอื่นๆ ตามมา (นิศากร โพธิมาศ สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง และ มาลินี อยู่ใจเย็น, 2564) อาทิ หากมีความเครียดรุนแรงอาจทำให้ต้องลาออกจากการศึกษากลางคัน และเกิดการสูญเปล่าทางการศึกษาเป็นอย่างมากหรือความเครียดที่เกิดขึ้นสะสมในระดับที่มากเกินไปจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทางกายถึงขั้นเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (Akriti & Sunayna, 2016) โดยปัญหาการฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตของวัยรุ่นไทยอีกด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก พบว่า ถึงแม้ว่าจะยังไม่พบปัญหาการลาออกจากการศึกษากลางคันของนักเรียนในช่วงที่มีการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และยังไม่มีฐานข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาความเครียดของนักเรียนในพื้นที่ที่ศึกษาก็ตาม แต่ความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มนักเรียนนั้น มักจะทำให้เกิดผลเสียต่างๆ ตามมา อาทิ ทำให้การพัฒนาด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคมหยุดชะงัก เกิดปัญหาพฤติกรรมรุนแรง มีการแยกตัวจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งถ้าหากนักเรียนมีความเครียดรุนแรง ก็อาจจะทำให้ความตั้งใจในการศึกษาลดลง ผลการเรียนตกต่ำ เกิดความกดดันจากตัวเองและคนรอบข้างจนไม่สามารถเรียนต่อไปได้ หรือถ้าเรียนต่อจนสำเร็จการศึกษา ก็อาจจะทำให้จบการศึกษาแบบไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศต่อไปในอนาคต (อนันต์ โลหะพัฒนะบำรุง, 2565; Flack et al., 2020) นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า ผลการวิจัยที่ผ่านมา นั้นยังไม่สอดคล้องในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับวางแผนเพื่อป้องกันและลดสาเหตุของการเกิดความเครียดในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของนักเรียนที่มีความเครียดในระดับที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันระหว่างการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีความเครียดของนักเรียนระหว่างการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุกของนักเรียนที่มีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565–31 มกราคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ทำการศึกษาคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–6 ในโรงเรียนตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 350 คน กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–6 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1–6 ตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 2 ของปีการศึกษา 2565 และเคยเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปีการศึกษา 2564 2) นักเรียนที่สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจได้ และ 3) นักเรียนที่สมัครใจและผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ นักเรียนที่หูหนวก หรือเป็นใบ้ ซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ซึ่งมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยที่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน (Daniel, 1999) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

โดย N คือ จำนวนนักเรียนทั้งหมด 350 คน

Z คือ ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

p คือ ค่าสัดส่วนของนักเรียนที่มีความเครียดในการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเท่ากับ 0.224 (โรจกร ลือมงคล, 2565)

q คือ (1- p) เท่ากับ 0.776

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนดเท่ากับ 0.05

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 152 คน ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มที่ศึกษาได้ และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่ครบถ้วนของข้อมูลจึงคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 168 คน ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ โดยสุ่มจากบัญชีรายชื่อของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่เรียนออนไลน์ในช่วงปีการศึกษา 2564 ด้วยการเรียงลำดับตามตัวอักษรโดยมีขั้นตอน คือ 1) มีกำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ประชากรทุกหน่วย 2) หาอัตราส่วน (k) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จากสูตร $K=350/168$ จะได้ $K \approx 2$ คน 3) สุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดสมาชิกคนแรก (R) ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากสมาชิกหมายเลข 1-2 มา 1 หมายเลข 4) หมายเลขของสมาชิกคนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยการรวมอัตราส่วนที่ได้จากข้อ 2 กับหมายเลขสมาชิกเริ่มต้นที่ข้อ 3 (R, R+k, R+2k, R+3k, ..., R+ nk) ดังนั้นสมาชิกที่มีหมายเลข 1, 3(1+2), 5(3+2), 7(5+2), 9(7+2), ... จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง และ 5) ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มไม่ยินยอมให้ข้อมูล จะดำเนินการสุ่มอย่างเป็นระบบให้ครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประเภทตอบเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียดของสวนปรุง (กรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ เป็นคำถามที่มีตัวเลือกให้ตอบและระบุคำตอบเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) ค่าใช้จ่ายที่ได้ต่อเดือน อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และสถานภาพของบิดามารดา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์ โดยประยุกต์จากแบบวัดระดับความเครียดสวนปรุง (SPST-20) (กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.937 ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีตัวเลือกให้ตอบ แต่ละข้อเลือกตอบได้ 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เครียดเล็กน้อย (0 - 23 คะแนน) เครียดปานกลาง (24 - 41 คะแนน) เครียดสูง (42 - 61 คะแนน) และเครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) โดยผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงถึงระดับรุนแรง (คะแนน 42 คะแนนขึ้นไป) ถือว่าเป็นความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด 5 ด้าน โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของงานวิจัยที่ผ่านมา (ประเสริฐ เกิดมงคล พิเชษฐ อุทุมสมักร และจันทนา ฤทธิ์สมบูรณ์, 2565; โรจกร ลือมงคล, 2565;

อังคณา พูลทอง และดวงใจ ดวงฤทธิ์, 2565; กาญจนา ลือมมงคล, 2564) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.701 ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีตัวเลือกให้ตอบ ประกอบด้วย ด้านการเรียนรู้ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านความเชื่อมั่น วัดโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามความคิดเห็นของตนเองว่าในตัวแปรนั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด โดยให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ซึ่งจัดกลุ่มเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม คือ เป็นสาเหตุและไม่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก หมายเลข 2022/S26 รับรองเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ.2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามชนิดตอบเองให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 168 ฉบับ ตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี พ.ศ.2565 ถึง เดือนมกราคม ปี พ.ศ.2566 อย่างไรก็ตามผลการตรวจสอบการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จำนวน 16 ราย และเมื่อพิจารณาถึงความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 152 ราย ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มที่ศึกษาได้ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 43.43 ของประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของนักเรียนกับตัวแปรที่ละคู่ด้วยสถิติ Chi-square ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพผู้ปกครอง สถานภาพของผู้ปกครอง ปัจจัยด้านการเรียน ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านความเชื่อมั่น และสถิติ Mann-Whitney U test ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ และรายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง และ 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อนเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียน โดยการนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Mann-Whitney U test นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุโลจิสติก โดยวิธี Forward stepwise

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีระดับของความเครียดที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันคิดเป็นร้อยละ 76.97 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 13 ปี กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) อยู่ระหว่าง 2.01–3.00 ได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือน 1,000–3,000 บาท ซึ่งผู้ปกครองของนักเรียนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย โดยมีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 0–30,000 บาท และสถานภาพของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความเครียดของนักเรียน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียวด้วยสถิติ Chi-square ระหว่างสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดกับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ระยะเวลาในการเรียนการสอน ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ความไม่พร้อมของสถานที่ช่วงเรียนออนไลน์

ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพกาย ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัว การขาดรายได้ของสมาชิกภายในครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับครูลดลง ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ กับระดับความเครียดทั้งการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square และ Mann-Whitney U test พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดกับระดับความเครียด โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียวด้วยสถิติ Chi-square

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด	ระดับความเครียด		χ^2	P-value
	ส่งผลต่อ	ไม่ส่งผลต่อ		
	ชีวิตประจำวัน	ชีวิตประจำวัน		
	จำนวน	จำนวน		
ด้านการเรียนออนไลน์				
ด้านรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์				
ระยะเวลาในการเรียนการสอน				
เป็นสาเหตุ	78	16	5.01	0.025*
ไม่เป็นสาเหตุ	39	19		
ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย				
เป็นสาเหตุ	104	26	4.64	0.031*
ไม่เป็นสาเหตุ	13	9		
ด้านสถานที่เรียนช่วงเรียนออนไลน์				
ความไม่พร้อมของสถานที่ช่วงเรียนออนไลน์				
เป็นสาเหตุ	79	14	8.59	0.003*
ไม่เป็นสาเหตุ	38	21		
ด้านสุขภาพ				
ปัญหาสุขภาพจิต				
เป็นสาเหตุ	30	3	4.62	0.032*
ไม่เป็นสาเหตุ	87	32		
ปัญหาสุขภาพกาย				
เป็นสาเหตุ	28	2	5.64	0.018*
ไม่เป็นสาเหตุ	89	33		
ด้านเศรษฐกิจ				
ปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว				
ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัว				
เป็นสาเหตุ	77	9	17.63	<0.001*
ไม่เป็นสาเหตุ	40	26		
การขาดรายได้ของสมาชิกภายในครอบครัว				
เป็นสาเหตุ	48	7	5.16	0.023*
ไม่เป็นสาเหตุ	69	28		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดกับระดับความเครียด โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียวด้วยสถิติ Chi-square (ต่อ)

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด	ระดับความเครียด		χ^2	P-value
	ส่งผลต่อ	ไม่ส่งผลต่อ		
	ชีวิตประจำวัน	ชีวิตประจำวัน		
	จำนวน	จำนวน		
ด้านสังคม				
การมีปฏิสัมพันธ์กับครูลดลง				
เป็นสาเหตุ	72	13	6.51	0.011*
ไม่เป็นสาเหตุ	45	22		

* P-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงซ้อนด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก แบบ Forward stepwise ระหว่างสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดกับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัว ความไม่พร้อมของสถานที่ช่วงเรียนออนไลน์ และระยะเวลาในการเรียนการสอน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดจะมีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันเป็น 5.15 เท่า (95% CI=2.14–12.44) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นภายในครอบครัวไม่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่าความไม่พร้อมของสถานที่ช่วงเรียนออนไลน์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดจะมีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันเป็น 2.90 เท่า (95% CI=1.25–6.76) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่าความไม่พร้อมของสถานที่ช่วงเรียนออนไลน์ไม่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด และกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่าระยะเวลาในการเรียนการสอนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดจะมีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันเป็น 2.58 เท่า (95% CI=1.10–6.02) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่าระยะเวลาในการเรียนการสอนไม่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดกับระดับความเครียด โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงซ้อนด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด	B	S.E.	Wald	df	P-value	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
							Lower	Upper
ระยะเวลาในการเรียนการสอน	0.947	0.433	4.791	1	0.029	2.579	1.104	6.022
ความไม่พร้อมของสถานที่ ช่วงเรียนออนไลน์	1.066	0.431	6.107	1	0.013	2.903	1.247	6.761
ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นภายใน ครอบครัว	1.640	0.450	13.301	1	<0.001	5.154	2.135	12.442
ค่าคงตัว	-0.646	0.426	2.299	1	0.129	0.524		

Chi-square (Omnibus Tests of Model Coefficients) Model = 28.695, df = 3, Sig. = <0.001

Chi-square (Hosmer and Lemeshow Test) = 4.917, df = 6, Sig. = 0.555

-2 Log likelihood = 135.341, Cox & Snell R² = 0.172, Pseudo R² (Nagelkerke R²) = 0.261

อภิปรายผล

ความทุกข์ของนักเรียนที่มีความเครียดในระดับที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 76.97 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565–มกราคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงที่ผ่าน การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้วทั้ง 5 ระลอก จึงทำให้นักเรียนในโรงเรียนแห่งนี้มีประสบการณ์ ในการเรียนออนไลน์ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา จึงทำให้การศึกษาความทุกข์ของความเครียดในการเรียนออนไลน์ ในช่วงเวลาดังกล่าวพบอัตราความทุกข์สูงมาก ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่พบว่า มีความเครียดในระดับที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์ ร้อยละ 54.70 (พรนภา พัฒนวิทยากุล และคณะ, 2564) และสูงกว่าการศึกษาในประเทศบังกลาเทศในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่ง พบว่า เกือบร้อยละ 60 ของนักศึกษาปัจจุบันกลัวความล่าช้าทางวิชาการรุนแรง และกำลังทุกข์ทรมานจากความเครียด อย่างรุนแรง (Hossain, Ahmmed, Rahman, Sanam, Emran, & Mitra, 2021) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาในแต่ละ การศึกษาจะมีความแตกต่างกันของลักษณะประชากร อาทิ ระดับชั้นของการศึกษา อายุของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน รวมถึงช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แตกต่างกัน ในแต่ละพื้นที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความเครียดของนักเรียนระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์ในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ การมีความเครียดของนักเรียน เนื่องจากระหว่างการเรียนรู้ออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ครอบครัวของนักเรียนส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาการขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัว เพราะต้องหยุด งานอันเป็นผลจากการระบาดของโรคหรือการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัว และยังประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ในครอบครัวเพราะต้องจัดหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับการเรียนออนไลน์ของนักเรียนด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งถ้าหากครอบครัวใดมี

บุตรหลายคน ก็จำเป็นต้องจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพิ่มขึ้นให้ครบตามจำนวนบุตรที่ต้องเรียนออนไลน์ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาเภสัชศาสตร์ (อังคณา พูลทอง และดวงใจ ดวงฤทธิ์, 2565) รวมถึงการศึกษาในประเทศบังกลาเทศ (Hossain, Ahmmed, Rahman, Sanam, Emran, & Mitra, 2021) ซึ่งอธิบายได้ว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ครั้วเรือนมีรายได้ลดลงในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการเรียนออนไลน์ของบุตรเช่น การติดตั้งหรือจัดหาอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ หรือแท็บเล็ต นอกจากนี้ ความไม่พร้อมของสถานที่ที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความเครียดของนักเรียน เนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่ต้องเรียนออนไลน์จากที่บ้านของตนเอง ซึ่งก็ไม่มีความพร้อมในด้านสถานที่ อาทิ ไม่มีห้องส่วนตัวสำหรับเรียนออนไลน์ หรือบางครั้งครอบครัวมีบุตรหลายคนทำให้จำเป็นต้องเรียนออนไลน์พร้อมกันในสถานที่เดียวกัน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา (สิประภา บุผาวรรณา ประจวบ แหลมหลัก และอนุกุล มะโนทน, 2564) และการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ในประเทศไทย สาธารณรัฐประชาชนจีน (Wang, Liu, Zhang, Xie, & Yang, 2021) ซึ่งอธิบายไว้นักเรียนเผชิญกับความไม่พร้อมของโปรแกรม อุปกรณ์ และสถานที่ ซึ่งอาจส่งผลให้การเรียนการสอนและการอภิปรายในชั้นเรียนขาดความต่อเนื่องหรือเกิดปัญหาทางเทคนิคที่คาดเดาล่วงหน้าไม่ได้ และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนการสอนกับความเครียดของนักเรียน เนื่องจากการเรียนการสอนแบบออนไลน์ในรายวิชาต่างๆ ยังคงถูกกำหนดจำนวนชั่วโมงสำหรับการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนการสอนแบบปกติในห้องเรียนเช่นเดิม ซึ่งรูปแบบของการเรียนออนไลน์นั้นยังไม่สามารถทดแทนการเรียนการสอนแบบปกติได้ เพราะการเรียนออนไลน์ส่งผลให้สมาธิและความตั้งใจในการเรียนของนักเรียนลดลง (กาญจนา ลือมงคล, 2564) ดังนั้น หากระยะเวลาในการเรียนที่ยังคงกำหนดจำนวนชั่วโมงเท่าเดิม ก็จะทำให้เด็กนักเรียนเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในการเรียนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาเภสัชศาสตร์ (อังคณา พูลทอง และดวงใจ ดวงฤทธิ์, 2565) ซึ่งอธิบายได้ว่าเวลาที่ใช้ในการเรียนการสอนมากเกินไป จะทำให้เกิดการจ้องมองหน้าจอของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือโทรศัพท์มือถือ เป็นเวลานานซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความเครียดและความกังวลเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

โรงเรียนควรจัดหาและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเรียนออนไลน์ เพื่อช่วยลดภาระของผู้ปกครอง รวมถึงกำหนดจำนวนชั่วโมงการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสมกับรูปแบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์มากยิ่งขึ้น และผู้ปกครองควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการเรียนออนไลน์ของนักเรียน นอกจากนี้ โรงเรียนควรจัดให้มีโปรแกรมการจัดการความเครียดในช่วงที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังและการคัดกรองความเครียดของนักเรียนในช่วงการเรียนออนไลน์ รวมถึงการจัดระบบการให้คำปรึกษาพร้อมการช่วยเหลือนักเรียนที่มีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการเกิดความเครียดสะสมจนอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชที่รุนแรงในนักเรียนกลุ่มดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแบบผสมผสาน คือมีการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพจะสามารถอธิบายสาเหตุเชิงลึกของความเครียดที่เกิดขึ้นหรือปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษาได้ลึกซึ้งกว่าการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติมที่สามารถนำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัยหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบถึงความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ระหว่าง

โรงเรียนรัฐและเอกชน และควรศึกษารูปแบบการจัดการความเครียดของนักเรียนระหว่างการเรียนออนไลน์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดการความเครียดให้กับนักเรียนได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษาที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวไกรกร ตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำมาโดยตลอด และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2541). *คู่มือคลายเครียด*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์ คอนดักชั่น.
- กาญจนา ลือมงคล. (2564). ความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 41(2), 1-20.
- นิศากร โพธิมาศ, สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง และมาลินี อยู่ใจเย็น. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(3). 142-152.
- ประเสริฐ เกิดมงคล, พิเชษฐ อุดมสมักร และจันทนา ฤทธิ์สมบุรณ์. (2565). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนระดับมัธยม ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง. *วารสารวิชาการการตลาดและการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*, 9(1), 121-140.
- พรนภา พัฒนวิทยากุล, และคณะ. (2564). ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด19 ของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(4), 273-85.
- โรจกร ลือมงคล. (2565). ความเครียดในการเรียนออนไลน์ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19: กรณี ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาของโรงเรียนคอนสวรรค์อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัย ที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(3), 772-783.
- ลีประภา บุพวารธนา, ประจวบ แหลมหลัก และอนุกุล มะโนทน. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 128-128.
- อนันต์ โลหะพัฒน์บารุง. (2565). สภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ในวัยรุ่น. *วารสารเพื่อเยาวชนของมูลนิธิเสริมสร้างเอกลักษณ์ของชาติ*, 13(47), 63-76
- อังคณา พูลทอง และดวงใจ ดวงฤทธิ์. (2565). ปัจจัยทำนายภาวะเครียดจากการเรียนการสอน ออนไลน์ของนักศึกษาเภสัชศาสตร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 37(1), 32-37.
- Akriti, G., & Sunayna, B. (2016). Effect of stress on self-efficacy and emotional intelligence among college students of humanities and sciences: A study on gender differences. *International Journal of Applied Research*, 2(12), 318-328.
- Bayham, J., & Fenichel, E. P. (2020). Impact of school closures for COVID-19 on the US health-care workforce and net mortality: a modelling study. *Lancet Public Health*, 5(5). 271-278.

- Daniel, W. W. (1999). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. New York: John Wiley & Sons.
- Flack, C. B., Walker, L., Bickerstaff, A., Earle, H., & Margetts, C. (2020). *Educator perspectives on the impact of COVID-19 on teaching and learning in Australia and New Zealand*. Australia: Pivot Professional Learning.
- Hossain, M. J., Ahmmed, F., Rahman, S. M. A., Sanam, S., Emran, T. B., Mitra, S. (2021). Impact of online education on fear of academic -delay and psychological distress among university students following one year of COVID-19 outbreak in Bangladesh. *Heliyon*, 7(6): e07388.
- Wang, J., Liu, W., Zhang, Y., Xie, S., & Yang, B. (2021). Perceived stress among Chinese medical students engaging in online learning in light of COVID-19. *Psychology research and behavior management*, 14(1), 549-562.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น

อุษณียาภรณ์ จันทร, พย.ม.*

พจนารถ สารพัด, Ph.D.**

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, Dr.P.H.***

บทคัดย่อ

วัยรุ่นตอนต้นเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 อายุระหว่าง 13-15 ปี ในโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ ในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 356 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตอนต้น และบิดามารดาหรือผู้ปกครอง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .77, .73, .91, .88 และ .82 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 31.0 ($R^2 = .310, p < .01$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ($\beta = .340, p < .001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .272, p < .001$) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = .148, p < .01$) และความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = .134, p < .01$) ตามลำดับ

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ และครูควรส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น โดยเน้นเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเอง ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมป้องกันโรค วัยรุ่นตอนต้น

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Predictors of Preventive Behaviors for Coronavirus Disease 2019 Among Early Adolescents

Ausaniyaphon Chantorn, M.N.S.

Photjanart Sarapat, Ph.D.

Siriyupa Sananreangsak, Dr.P.H.

Abstract

Adolescents may have behaviors that pose a risk of infection and spreading the infection to others. This predictive correlational research aimed to examine predicting factors of preventing COVID-19 among early adolescents. A simple random sampling was used to recruit 356 students from grades 7–9, aged 13–15 years studying in an extra-large school in Amphoe Mueang, Suphanburi Province. The research instruments consisted of the demographic record form, the knowledge of COVID-19 questionnaire, the attitudes towards COVID-19 questionnaire, the social support questionnaire, the perceived self-efficacy for preventing COVID-19 questionnaire, and the preventive behaviors for COVID-19 questionnaire. These questionnaires yielded Cronbach's alpha of .77, .73, .91, .88, and .82, respectively. Data were collected from August to September 2022. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were employed for data analyses.

The results showed that perceived self-efficacy for preventing COVID-19, social support, knowledge of COVID-19 and attitude towards COVID-19 could together predict preventive behaviors for COVID-19 in these adolescents for 31.0 % ($R^2 = .310, p < .01$). Perceived self-efficacy for preventing COVID-19 was the best predictor ($\beta = .340, p < .001$), followed by social support ($\beta = .272, p < .001$), attitudes towards COVID-19 ($\beta = .148, p < .01$), and knowledge of COVID-19 ($\beta = .134, p < .01$), respectively.

These findings suggested that nurses and health personnels should promote preventive behaviors for COVID-19 in early adolescents by emphasizing on the enhancement of their self-efficacy, social support and positive attitude towards preventing COVID-19 in order to prevent COVID-19.

Keywords: Coronavirus disease 2019 Preventive behaviors Early adolescents

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในทุกกลุ่มวัย รวมทั้งวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากเป็นวัยที่มีการชอบรวมกลุ่ม ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคม และอยากรู้อยากลอง (พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2563) พัฒนาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและแพร่กระจายเชื้อได้มากขึ้น จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงการแพร่ระบาดในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองไม่เหมาะสมโดยไม่เว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 68.6 (Oosterhoff & Palmer, 2020) พฤติกรรมการออกไปในที่สาธารณะในช่วงการแพร่ระบาดร้อยละ 46.9 (Hou et al., 2021) สำหรับประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี, 2564) มีความตระหนักในการล้างมือและเว้นระยะห่างทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (กรรณิกา พันธศรี และรังสรรค์ โฉมยา, 2563) นอกจากนี้มีวัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมในพื้นที่ที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมากร้อยละ 31.5 (เอมอัชฌา วัฒนบุรณนัท และคณะ, 2564) จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการรับและแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย รวมทั้งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง โดยติดเป็นอันดับ 1 ใน 10 จังหวัดภาคกลางของประเทศไทย พบผู้ป่วยเด็กติดเชื้อแบบเป็นกลุ่มก้อนในโรงเรียน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี สะสมกว่า 181 ราย ในจำนวนนี้เป็นวัยรุ่นจำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.86 (ศูนย์ปฏิบัติการข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 2565) โดยเฉพาะโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่มีนักเรียนจำนวนมากมาอยู่รวมกัน ซึ่งหากร่างกายมีการติดเชื้อจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อวัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายผ่านระบบทางเดินหายใจก็จะกระตุ้นให้เกิดปอดอักเสบ ซึ่งหากมีอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิตได้ (มะลิ วิโรจน์แสงทอง, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นทั่วโลกมีปัญหสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับก่อนการระบาด (Racine et al., 2021) ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตามมาตรการ D-M-H-T-T คือ เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร (D : Social Distancing) สวมหน้ากากอนามัย (M : Mask Wearing) ล้างมือ (H : Hand Washing) ตรวจวัดอุณหภูมิ และตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย (T : Testing) และสแกนไทยชนะ (T : Thai Cha Na) (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 2564) จึงถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้วัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (วัลลภา ดิษสระ และบุญประจักษ์ จันทรวิน, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564; ตรีชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564; บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี, 2564; Yuan et.al., 2020) ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564; ตรีชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564; Yuan et.al., 2020) การสนับสนุนทาง

สังคม (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ, 2564; วิริยญา ศรีบุญเรือง และคณะ, 2564) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรค (นงศณพัทธ์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา, 2564; ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ, 2564; Fathian et.al., 2021) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และทักษะ พฤติกรรม (The Information-Motivation-Behavioral Skills Model) (Fisher et al., 2003) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับอิทธิพล 3 ปัจจัย คือ 1) การได้รับข้อมูล (Information) การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องมีผล โดยตรง และสามารถส่งผ่านการมีทักษะในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ 2) การเกิดแรงจูงใจในการกระทำ (Motivation) ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจระดับบุคคล คือ ทักษะของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ถ้าเชื่อว่ากระทำสิ่งนั้นแล้ว ได้รับผลทางบวกก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดี และเมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และแรงจูงใจระดับสังคมคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นรอบข้างที่มีความเชื่อมโยง ต่อตัวบุคคลส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และ 3) ทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral Skills) คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นผลมาจากการมีข้อมูลความรู้และการมีแรงจูงใจในการกระทำ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า วิทยาลัยตอนต้นมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับ และแพร่กระจาย เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคคลอื่นได้สูง โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกันโรค ดังนั้นการส่งเสริมให้วิทยาลัยตอนต้นมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวิทยาลัยตอนต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มวิทยาลัยตอนต้นที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวิทยาลัยตอนต้น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่างๆ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวิทยาลัยตอนต้น

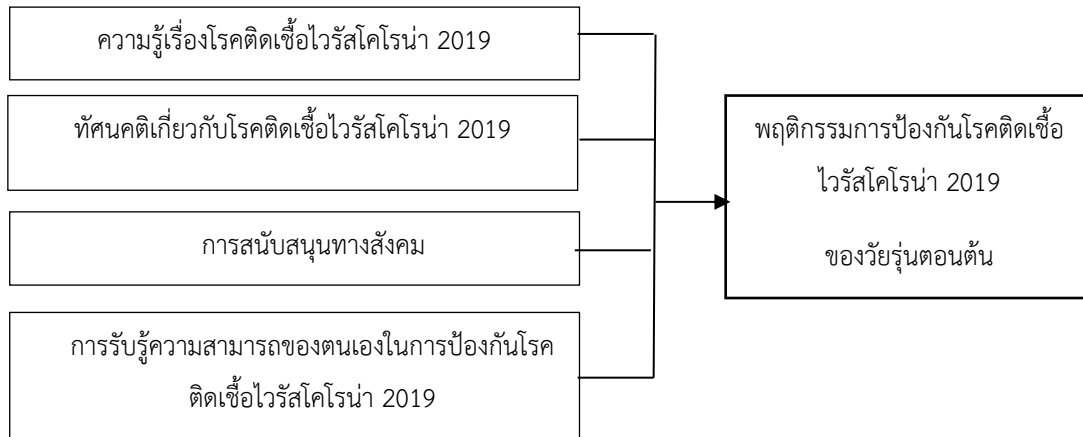
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ไวรัส โคโรนา 2019 ของวิทยาลัยตอนต้นได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skills Model) ของ Fisher et al. (2003) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information) ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ด้านแรงจูงใจ (Motivation) ได้แก่ แรงจูงใจระดับบุคคล คือ ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแรงจูงใจระดับสังคม คือ การสนับสนุนทาง

สังคม และ 3) ด้านทักษะพฤติกรรม (Behavior Skills) คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ดังภาพ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ เขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวน 2 แห่ง ปีการศึกษา 2565 มีจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวนทั้งสิ้น 3,096 ราย (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุพรรณบุรี, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2565 ของโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ 1 โรงเรียน จำนวน 356 ราย ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ไม่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน 2) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคหอบหืด เป็นต้น 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และ 4) ไม่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ ได้แก่ โรคสมาธิสั้น โรคดาวน์ซินโดรม มีพัฒนาการล่าช้า เป็นต้น และเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) นักเรียนที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่นัดหมาย และ 2) พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขณะเข้าร่วมการวิจัย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวน 2 แห่ง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก ได้จำนวน 1 แห่ง มีนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 ชั้นปีละ 9-10 ห้องเรียน มีนักเรียนห้องเรียนละ 42-45 ราย แต่ละห้องเรียนมีลักษณะคล้ายคลึงกัน กำหนดขนาดตัวอย่างใช้อัตราส่วนการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 (Neuman, 1991) ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนได้จำนวนชั้นปีละ 3 ห้องเรียน แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามมีความอ่อนไหวจึงเก็บข้อมูลทุกคนในห้องที่ทำการสุ่มมาได้ ได้กลุ่ม

ตัวอย่างทั้งหมด 388 ราย แต่การเก็บข้อมูลพบนักเรียนมีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน และมีแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ จึงได้กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ทั้งหมดจำนวน 356 ราย (คิดเป็นร้อยละ 91.75)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลของนักเรียน และแบบสอบถามข้อมูลของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง มีจำนวน 13 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–15 คะแนน โดย 12.00 - 15.00 คะแนน หมายถึง นักเรียนมีความรู้ ในระดับดี 9.00 - 11.99 คะแนน หมายถึง นักเรียนมีความรู้ในระดับปานกลาง และ < 9.00 คะแนน หมายถึง นักเรียนมีความรู้ ในระดับน้อย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 13 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scales) มี 4 ระดับ ประกอบด้วยจาก “มากที่สุด” ถึง “น้อย” โดยเป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 13 ข้อความทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 10 และ 12 รวมแบบสอบถามมีทั้งหมด 13 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก “เห็นด้วยมากที่สุด” เท่ากับ 4 คะแนน คะแนนจะลดลงตามลำดับจนถึง “เห็นด้วยน้อย” เท่ากับ 1 คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางลบ คะแนนจะตรงกันข้ามกับทางบวก ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 13–52 คะแนน โดย 39.01–52.00 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับดี 26.01–39.00 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และ 13.01–26.00 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scales) มี 4 ระดับ ประกอบด้วยจาก “มากที่สุด” ถึง “น้อย” เป็นข้อความทางบวกรวมจำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน “เห็นด้วยมากที่สุด” เท่ากับ 4 คะแนน คะแนนจะลดลงตามลำดับจนถึง “เห็นด้วยน้อย” เท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 11–44 คะแนน โดย 33.01–44.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก 22.01–33.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 11.01–22.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scales) มี 4 ระดับ ประกอบด้วยจาก “มากที่สุด” ถึง “น้อย” เป็นข้อความทางบวกรวมจำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน “เห็นด้วยมากที่สุด” เท่ากับ 4 คะแนน คะแนนจะลดลงตามลำดับจนถึง “เห็นด้วยน้อย” เท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 11–44 คะแนน โดย 33.01–44.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก 22.01–33.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองปานกลาง และ 11.01–22.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย

ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นของกองสุขาภิบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2564) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scales) มี 4 ระดับ ประกอบด้วยจาก “ปฏิบัติเป็นประจำ” ถึง “ไม่ได้ปฏิบัติ” โดยเป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, และ 12 ข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, และ 10 เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก “ปฏิบัติเป็นประจำ” เท่ากับ 4 คะแนน คะแนนจะลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติ” เท่ากับ 1 คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางลบ คะแนนจะตรงกันข้ามกับทางบวก ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12–48 คะแนน 36.01–48.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก 24.01–36.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง และ 12.01–24.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 2-6 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและมีการปรับปรุงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์และความตรงของเนื้อหา และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .86, .92, 1.00, 1.00 และ .91 ตามลำดับ และแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด นำไปทดลองใช้ (Try Out) ในนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77, .73, .91, .88 และ .82 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัย เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้ผ่านการรับรองเรียบร้อยแล้ว รหัส IRB3-058/2565 จึงนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานอาจารย์ฝ่ายวิชาการ หลังจากนั้นอาจารย์ฝ่ายวิชาการแจ้งไปยังอาจารย์ประจำชั้นของห้องที่สุ่มมาได้ และนัดหมายให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และครูประจำชั้น อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และให้เอกสารชี้แจง และใบลงนามยินยอมเพื่อให้ผู้ปกครองและนักเรียนลงนามยินยอม และให้นำกลับมาส่งภายใน 1 สัปดาห์

3. หลังจากผู้ปกครองและนักเรียนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายนักเรียน เพื่อทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด โดยโรงเรียนจัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถามในห้องเรียนของแต่ละชั้นปีที่ทำการสุ่มมาได้ และเก็บข้อมูลวันละ 1 ชั้นปี โดยใช้ชั่วโมงที่เป็นเวลาศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เพื่อไม่กระทบต่อชั่วโมงเรียน รวมทั้งจัดให้มีการเว้นระยะห่างประมาณ 1–2 เมตร หากมีข้อสงสัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม 40 นาที

4. นักเรียนนำแบบสอบถามมาใส่กล่องที่เตรียมไว้หน้าห้องประชุมด้วยตนเอง

5. เมื่อเข้าร่วมวิจัยส่งแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และมอบสมุดบันทึกให้เป็นของที่ระลึกแก่นักเรียนทุกคน

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติดังกล่าว

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.9) มีอายุเฉลี่ย 13.80 ปี ($SD=.83$) กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 33.7) รองลงมาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 33.4) และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 32.9) ส่วนมากมีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.00–3.99 (ร้อยละ 60.7) รองลงมาเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.00–2.99 (ร้อยละ 26.4) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 ($SD=.62$) ได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากทางเฟซบุ๊ก (Facebook) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการติดตามข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 53.1) ส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 61.2) และมีบิดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 59.0) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 41.0) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน ($SD=1.55$) บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 71.1) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 33.1) และส่วนมากมีสถานภาพทางการเงินพอใช้และเหลือเก็บ (ร้อยละ 69.9)

2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีหรือมาก คือ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($M=12.78$, $SD=1.35$) ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($M=41.78$, $SD=3.98$) การสนับสนุนทางสังคม ($M=34.35$, $SD=4.82$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น ($M=37.19$, $SD=4.69$) ยกเว้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($M=32.69$, $SD=5.49$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัยของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยรวม ($n = 356$)

ตัวแปร	M	SD	Actual range	Possible range	ระดับ
ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	12.78	1.35	10 - 15	0 - 15	ดี
ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	41.78	3.98	31 - 50	13 - 52	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	34.35	4.82	22 - 44	11 - 44	มาก
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	32.69	5.49	19 - 44	11 - 44	ปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	37.19	4.69	26 - 48	12 - 48	มาก

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=37.19$, $SD=4.69$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการสวมหน้ากากอนามัย ($M=3.46$, $SD=.75$) ด้านการล้างมือ ($M=6.26$, $SD=1.49$) ด้านการวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($M=6.70$, $SD=1.18$) ด้านการสแกนไทยชนะ ($M=2.99$, $SD=.84$) ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ($M=6.53$, $SD=1.17$) และด้านการรับวัคซีนป้องกันโรค ($M=3.35$, $SD=.73$) ยกเว้นด้านการเว้นระยะห่างทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=7.91$, $SD=2.03$)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 31.0 ($R^2=.310$, $p < .01$) ซึ่งตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค โดยสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 19.4 ($\beta=.340$, $p<.001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7.3 ($\beta=.272$, $p<.001$) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.5 ($\beta=.148$, $p<.01$) และความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.8 ($\beta=.134$, $p<.01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น ($n = 356$)

ตัวแปร	ΔR^2	B	SE	Beta	t
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.194	.290	.040	.340	7.280***
การสนับสนุนทางสังคม	.073	.265	.045	.272	5.871***
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.025	.175	.053	.148	3.289**
ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.018	.468	.155	.134	3.018**
Constant = 5.312, $R^2 = .310$, Adjust $R^2 = .302$, $F_{(4,351)} = 39.352^{**}$					

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.19 ($SD=4.69$) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวิธีการป้องกันโรคจากโรงเรียนและหน่วยงานต่างๆ ในหลายรูปแบบ เช่น จากการเรียนรายวิชาสุขศึกษาและวิชาแนะแนว การให้ความรู้ของหน่วยบริการสาธารณสุข และการรณรงค์ของภาครัฐและหน่วยงานต่างๆ ที่เน้นย้ำมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านหลายช่องทาง ซึ่งจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนมากมีการรับข้อมูลข่าวสารและความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากทางเฟซบุ๊ก (Facebook) (ร้อยละ 64.0) และส่วนมากมีการติดตามข่าวสารและความรู้

อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 53.1) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=12.78$, $SD=1.35$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=41.78$, $SD=3.98$) เมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะทำให้มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ดังแนวคิดแบบแผนการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (The Information-Motivation-Behavioral Skills Model) ของ Fisher et al. (2003) ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นจึงส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดคล้อยกับผลการศึกษาของอินทิตา อ่อนลา และคณะ (2565) พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาโดยรวมอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 94.01 ($SD=12.45$) เนื่องจากนักเรียนได้รับข้อมูลข่าวสารที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและเพียงพอ ทำให้มีความรู้และแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม

พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น แบ่งเป็น 7 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการสวมหน้ากากอนามัย ($M=3.46$, $SD=.75$) ด้านการล้างมือ ($M=6.26$, $SD=1.49$) ด้านการวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($M=6.70$, $SD=1.18$) ด้านการสแกนไทยชนะ ($M=2.99$, $SD=.84$) ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ($M=6.53$, $SD=1.17$) และด้านการรับวัคซีนป้องกันโรค ($M=3.35$, $SD=.73$) ยกเว้นด้านการเว้นระยะห่างทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=7.91$, $SD=2.03$) ทั้งนี้ก็อาจได้ว่า ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 2 เมตร แต่เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีความเป็นตัวของตัวเอง ชอบความอิสระ ต้องการการยอมรับและพยายามสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนและสังคม (พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2563) มีการดำเนินกิจกรรมที่มีความหลากหลาย เช่น การเรียน การออกกำลังกาย การไปห้างสรรพสินค้า หรือมีการรวมกลุ่มกับเพื่อนๆ ในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ทำให้วัยรุ่นตอนต้นมักมีพฤติกรรมรวมกลุ่มและไม่เว้นระยะห่างทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Oosterhoff and Palmer (2020) ที่พบว่า วัยรุ่นช่วงอายุ 13-18 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนมากมีพฤติกรรมไม่เว้นระยะห่างทางสังคม และการศึกษาของเอมอชมา วัฒนบุรานนท์ และคณะ (2564) ที่พบว่า มีวัยรุ่นในจังหวัดกรุงเทพมหานครเข้าร่วมกิจกรรมในพื้นที่แออัดหรือที่สาธารณะที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมาก

2. ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้นดีที่สุด โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 34 ($\beta=.340$, $p<.001$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ซึ่งทักษะที่ได้รับการพัฒนานั้นจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมของตนเองให้สำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมของ Fisher et al. (2003) ที่กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทักษะนั้นจะได้รับการพัฒนามาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและเพียงพอจนเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และการมีแรงจูงใจในการกระทำที่เกิดจากตัวบุคคล คือ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้นๆ ร่วมกับ

แรงจูงใจภายนอกจากสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการได้รับข้อมูลความรู้ และแรงจูงใจดังกล่าวทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า วิทยุรันทอนต้นมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีหรือมาก จึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวิทยุรันทอนต้นที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Luo et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในสาธารณรัฐประชาชนจีนพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ ($p<.001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดีที่สุด โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 46.4 ($p<.001$) และการศึกษาของภัทรนุช วิทุรสกุล และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูและผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 46.0 ($p <.001$)

2) การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รองลงมาโดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 27.2 ($\beta=.272, p<.001$) สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับกำลังใจ การเอาใจใส่ และการกระตุ้นเตือน จะทำให้มีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคประสบความสำเร็จ ซึ่งสามารถส่งผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกัน และสามารถส่งผ่านการมีทักษะในการกระทำพฤติกรรม (Fisher et al., 2003) แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสิ่งของและอุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($M=34.35, SD=4.82$) ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่และกำลังใจ ด้านสิ่งของและอุปกรณ์ในการป้องกันโรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี และครอบครัวมีสถานภาพทางการเงินพอใช้และเหลือเก็บ และด้านข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับจากสื่อสังคมออนไลน์ และมีการติดตามข่าวสารอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้ได้รับข้อมูลซึ่งเป็นสิ่งช่วยให้วิทยุรันทอนต้นมีความรู้เกิดขึ้น และตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ส่งผลทางบวกทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ ศรีสุข และคณะ (2565) พบว่า การได้รับทรัพยากรสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 19.3 ($\beta=.193, p<.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p<.001, p<.01$ ตามลำดับ) (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ, 2564; วิริยญา ศรีบุญเรือง และคณะ, 2564)

3) ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 14.8 ($\beta=.148, p<.01$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า วิทยุรันทอนต้นมีทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M=41.78, SD=3.98$) จึงส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และทักษะ

พฤติกรรมของ Fisher et al. (2003) ที่กล่าวว่า ทักษะคิดในตัวบุคคลเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ภายในตัวบุคคลและเกิดจากการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่บุคคลนั้นถือ ซึ่งทักษะคิดของแต่ละบุคคลมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ โดยหากบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำสิ่งนั้นแล้วได้รับผลบวกก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีในทางตรงกันข้ามหากบุคคลเชื่อว่าการกระทำอันใดแล้วจะก่อให้เกิดผลลบก็จะไม่ปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของดรณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ที่พบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=.79, p<.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐวรรณ คำแสน (2564) ที่พบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=.16, p<.05$)

4) ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 13.4 ($\beta=.134, p<.01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ข้อมูลความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานในการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกวิธีการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม (อินทิตา อ่อนลา และคณะ, 2565) ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 60.7) มีผลการเรียนอยู่ในระดับดี เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01-3.99 และมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M=12.78, SD=1.35$) ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้ เข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมของ Fisher et al. (2003) ที่กล่าวว่า ปัจจัยความรู้หรือข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรม ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ สาเหตุและการติดต่อ อาการและอาการแสดงของโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคดังกล่าวในระดับที่ดี วัยรุ่นตอนต้นจึงสามารถนำหรือประยุกต์ไปใช้ในการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้ ส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานในการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจ หรือเลือกวิธีการป้องกันและรักษาในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาได้ร้อยละ 67.2 ($\beta=.672, p<.01$) (อินทิตา อ่อนลา และคณะ, 2565) และการศึกษาของ รังสฤษฎ์ แวดือราแม และคณะ (2564) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New normal) เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาโดยพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น โดยเน้นส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองในการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการให้ข้อมูลหรือความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ควรมีการปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน เช่น แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และมีการกำหนดมาตรการ D – M – H – T ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา พันธุ์ศรี และรังสรรค์ โฉมยา. (2563). ความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19): การเปรียบเทียบระหว่างวัย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 39(6), 71-82.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ*. <http://www.hed.go.th>
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33-48.
- ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบล ปรางค์ใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(5), 597-604.
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, ธนภรณ์ ทองศิริ, อารยา พิชิตชัยณรงค์, ธัญพร กิ่งดอกไม้, สุภาพ ธรรมกุล, ภาวสิน แส่นคำราง และชัยนี บิลก่อเต็ม. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 7(1), 8-20.
- นงศ์พันธ์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา. (2564). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัด สุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 1-18.
- บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี. (2564). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 179-195.
- พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2563). *การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ภัทรนุช วิฑูรสกุล, ชญาภา ชัยสุวรรณ, และสมสิริ รุ่งอมรรัตน์ (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของครูและผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(4), 41-54.
- มะลิ วิโรจน์แสงทอง. (2563). *โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019*. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์.

<https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option>

- รังสฤษฎ์ แวดือราแม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิพา คงคุณ, อัจฉา สุวรรณกาญจน์, และกรรณภา ไชยประสิทธิ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 80-92.
- วัลลภา ดิษสระ และบุญประจักษ์ จันทรวิน. (2563). พยาบาลกับการจัดการป้องกันและการควบคุมการ ระบาด COVID-19 ในชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยพยาบาลนครพนม*, 8(12). 89-104.
- วรรณศิริ ศรีสุข, ขนิษฐา เมฆกมล และอรวิภา บรรเทาวงษ์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 65-78.
- วิรัชญา ศรีบุญเรือง, ธนรัตน์ นิลวัฒนา, ศิริโสภา สำราญสุข, กนกพร อนิรัถย์, ศานสันต์ รักแตงามและปวีณา สปิเลอรั. (2564) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดร*, 10(1), 195-206.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย. (2564). *การดำเนินการตามมาตรการป้องกันโรคและการจัดระเบียบ และปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT* คำสั่งที่ มท. 0230/ว.2018. <https://www.trat.go.th>
- ศูนย์ปฏิบัติการข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. (2565). *สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย*. <https://www.facebook.com/informationcovid19>
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุพรรณบุรี. (2565). *ระบบสารสนเทศ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุพรรณบุรี*. <https://bigdata.mathayomspb.go.th>
- เอมอัชมา วัฒนบุรณนธ์, มิ่งขวัญ ศิริโชติ, ปณณวิชญ์ ปิยะอร่ามวงศ์ และศุภอัทธ์ สัตยเทวา. (2564). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร. *วารสารศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 9(1), 36-49.
- อินทิตา อ่อนลา, อัจฉริยาพร ชุมสงฆ์, อินทหาว คำโยธา, อริศรา ปลื้มใจ, อามิส โสภารัตน์, อาริญาชัยทอง, อาริยา เสี่ยงเพราะ, อารีรัตน์ ประจงจิตร, เอกรินทร์ พรหมสุวรรณ, และเรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์. (2565, 12 พฤษภาคม). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ จังหวัดอุบลราชธานี. ใน วิทวัส ดิษยะศริน สัตยารักษ์ (ประธาน), การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 13 (The 13th Hatyai National and International Conference), มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ สงขลา.
- Fathian D., Zohre K., Mohadeseh T., Banafsheh J., Maryam. (2021). Factors associated with preventive behaviors of COVID-19 among adolescents: Applying the Health Belief Model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(10), 1786-1790. 17.10.1016/j.sapharm.2021.01.014.
- Fisher, W., Fisher, J. & Harman J. (2003). The Information–Motivation– Behavioral Skills Model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. *Social psychological foundations of health and illness*, 22(4), 82-106.

- Hou, Z., Song, S., Du, F., Shi, L., Zhang, D., Lin, L., & Yu, H. (2021). The Influence of the COVID-19 Epidemic on Prevention and Vaccination Behaviors Among Chinese Children and Adolescents: Cross-sectional Online Survey Study. *JMIR public health and surveillance*, 7(5), e26372. <https://doi.org/10.2196/26372>
- Luo, Y., Yao, L., Zhou, L., Yuan, F., & Zhong, X. (2020). Factors influencing health behaviours during the coronavirus disease 2019 outbreak in China: an extended information-motivation-behaviour skills model. *Public Health*, 185, 298-305.
- Neuman, W. L. (1991). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn and Bacon.
- Oosterhoff, B., & Palmer, C. A. (2020). Attitudes and Psychological Factors Associated With News Monitoring, Social Distancing, Disinfecting, and Hoarding Behaviors Among US Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA pediatrics*, 174(12), 1184–1190. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1876>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(11), 1142-1150.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Yuan, T., Liu, H., Li, X. D., & Liu, H. R. (2020). Factors affecting infection control behaviors to prevent COVID-19: An online survey of nursing students in Anhui, China in March and April 2020. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e925877-1. <https://doi.org/10.12659/MSM.925877>

การพัฒนาและการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลนครปฐม

วาสนา สายเสมา, ศศ.ม.*

สมคิด เรืองขำกลิ่น, พย.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ศึกษาความคิดเห็นด้านความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 61 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากเวชระเบียน 88 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การพัฒนาแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2) แบบสอบถามความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติ ค่าความเชื่อมั่น = 0.81 3) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 4) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลการบาดเจ็บโดยใช้ chi-square และเปรียบเทียบผลลัพธ์ในผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติด้วย Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1. การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) มี 3 หมวดคือ การประเมินสถานการณ์ การประเมินระยะแรก (ขั้นตอน A-B-C) และการแจ้งข้อมูลกลับ ส่วนที่ 2. การพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (In-hospital) มี 3 หมวดคือ การคัดกรอง การช่วยเหลือระยะแรก (ขั้นตอน A-B-C-D-E) และการจำหน่าย 2. ความความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหน่วย Pre-hospital และหน่วย In-hospital โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.96 \pm 0.08$ และ $M= 3.93 \pm 0.98$ ตามลำดับ) 3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติด้านพยาบาลผู้ให้บริการ พบว่า ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดทั้งหมด และเปรียบเทียบผลลัพธ์ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลังใช้แนวปฏิบัติ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) คือ ความอึดตัวออกซิเจน ดัชนีภาวะช็อก ระยะเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มี GCS <9 ได้รับการใส่ ET Tube ($p<0.001$) สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถสะท้อนถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

คำสำคัญ:การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประสิทธิภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครปฐม

Corresponding: wassaisema@gmail.com

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines for Multiple Trauma Patient, Nakhon Pathom Hospital

Wassana Saisema, M.Ed.

Somkid Rerngkhumglu, B.N.S.

Abstract

This research aimed to development of Clinical Nursing Practice Guideline (CNPGs) for Multiple Trauma Patient .Study the nurse's ability for implementations of the CNPGs. Study the outcomes after using the CNPGs. The target subjects were 61 nurses and orderlies and 88 multiple trauma patients by purposive sampling. The development was divided into 3 phases: 1) the development of NPGs 2) the implementation. 3) the evaluation after using the CNPGs. Data were collected using: the opinion questionnaire, and record form. Data were analyzed by using the descriptive statistics and comparative statistic using Chi--square and Independent t-test.

The results were as follows: 1. The CNPGs for multiple trauma patient consisted of 2 part: Part 1. the pre-hospital care consists of 3 categories: scene size up, primary assessment (A-B-C) and communication. Part 2. the in-hospital care consists of 3 categories: screening, primary assessment (A-B-C-D-E) and discharge 2. The opinion of nurse's ability for implementations of the NPGs: the overall pre-hospital and in-hospital care were at high level (Mean= 3.96 ± 0.08 & Mean= 3.93 ± 0.98 respectively) 3. The outcomes after using the CNPGs: all indicators passed the criteria, and significant outcomes after using NPGs. were ($p < 0.05$) : oxigen saturation, shock index and duration of multiple truama patients with GCS < 9 get ET Tube insertion ($p < 0.001$).

Conclusion: The clinical nursing practice guidelines for multiple trauma patient is effective in implementation for the pre-hospital and in-hospital care and could be benefit a good outcome.

Keywords:Development of Clinical Nursing Practice Guidelines Multiple trauma patient.

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที (Butcher & Balogh, 2014) สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุหรือจากความตั้งใจทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ที่พบเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุการจราจรที่เป็นแรงกระแทกจากภายนอกทั้งสิ้น ทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายระบบ (สุพัตรา อยู่สุขและคณะ, 2560) การบาดเจ็บหลายระบบเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นของทุกประเทศทั่วโลก (NSW ITIM, 2016) สำหรับประเทศไทยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง โดยคิดเป็นอัตราการตายประมาณ 30 คนต่อประชากร 100,000 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) ซึ่งการเสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 60 พบที่จุดเกิดเหตุ (NAEMT, 2014) และร้อยละ 30-35 เกิดที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 48 (Hasler et al., 2011)

สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บหลายระบบเสียชีวิตคือ การเสียเลือดอย่างรุนแรงมีทางเดินหายใจอุดกั้นหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (Newberry, 2015) ซึ่งถือว่าเป็นช่วง golden hour เพื่อลดการเสียชีวิตโดยประกอบด้วยการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม ทำให้ผู้บาดเจ็บเข้าถึงการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกอย่างทันท่วงที ในปัจจุบันสถานบริการสุขภาพของภาครัฐได้ประกาศแนวทางการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจะใช้หลักการของ Advanced Trauma Life Support (ATLS) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติของการช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพและนำไปใช้ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ที่ใช้เป็น Excellent Trauma Center เพื่อกำหนดให้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉินชีวิตในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลหลายประการ เช่น การคัดกรองไม่ถูกต้อง การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไม่ครอบคลุมหรือไม่มีประสิทธิภาพ ทำผู้บาดเจ็บไม่ได้รับบริการที่รวดเร็ว (นวลทิพย์ ชีระเดชากุล และคณะ, 2561) หรือความล่าช้าในการส่งตรวจเอกซเรย์สมอคมพิวเตอร์ การประสานงานในทีมล่าช้า (สุพัตรา อยู่สุขและคณะ, 2560) การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ส่งผลให้อัตราการตายสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการดูแลระยะฉุกเฉินที่ไม่มีประสิทธิภาพเช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ภาวะติดเชื้อที่ปอด รวมทั้งผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (ดวงกมล สุวรรณ, 2559)

จากปัญหาที่พบข้างต้น เมื่อพิจารณาปัญหาจากรายงานข้อมูลสถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งหมดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างปี 2562-2564 พบสัดส่วนของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ ร้อยละ 24.78 25.91 และ 26.32 ตามลำดับ รวมทั้งแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นดังนี้ ร้อยละ 0.96, 1.02 และ 1.21 ตามลำดับ ผลการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังตามแนวทาง trauma audit และการประชุมเพื่อทบทวนปัญหาการดำเนินงานพบปัญหาหลายด้านได้แก่ ด้านการคัดกรอง พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองบางส่วนมีประสบการณ์น้อย ขาดความมั่นใจ โดยเฉพาะช่วงนอกเวลาเกิดความแออัดของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้ระยะเวลาเข้าถึงผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องใช้เวลานานขึ้น ประกอบกับใช้รูปแบบการดูแลแบบกำหนดหน้าที่อาจส่งผลให้ไม่มีความคล่องตัวในการปฏิบัติที่ไม่ได้รับมอบหมาย ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนทันที ระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล และไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดความต่อเนื่องในการซ่อมแผนเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

ส่งผลให้การพยาบาลยังไม่ครอบคลุม เกิดการล่าช้าในการดูแล ระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที (door to OR) ปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 56, 67 และ 62 รวมทั้งระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บภาวะวิกฤติ (สีแดง) อยู่ในแผนกฉุกเฉิน (เกณฑ์น้อยกว่า 2 ชั่วโมง) ปฏิบัติได้โดยเฉลี่ย 3 ปี (พ.ศ. 2562-2564) ร้อยละ 16 (ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลนครปฐม, 2564)

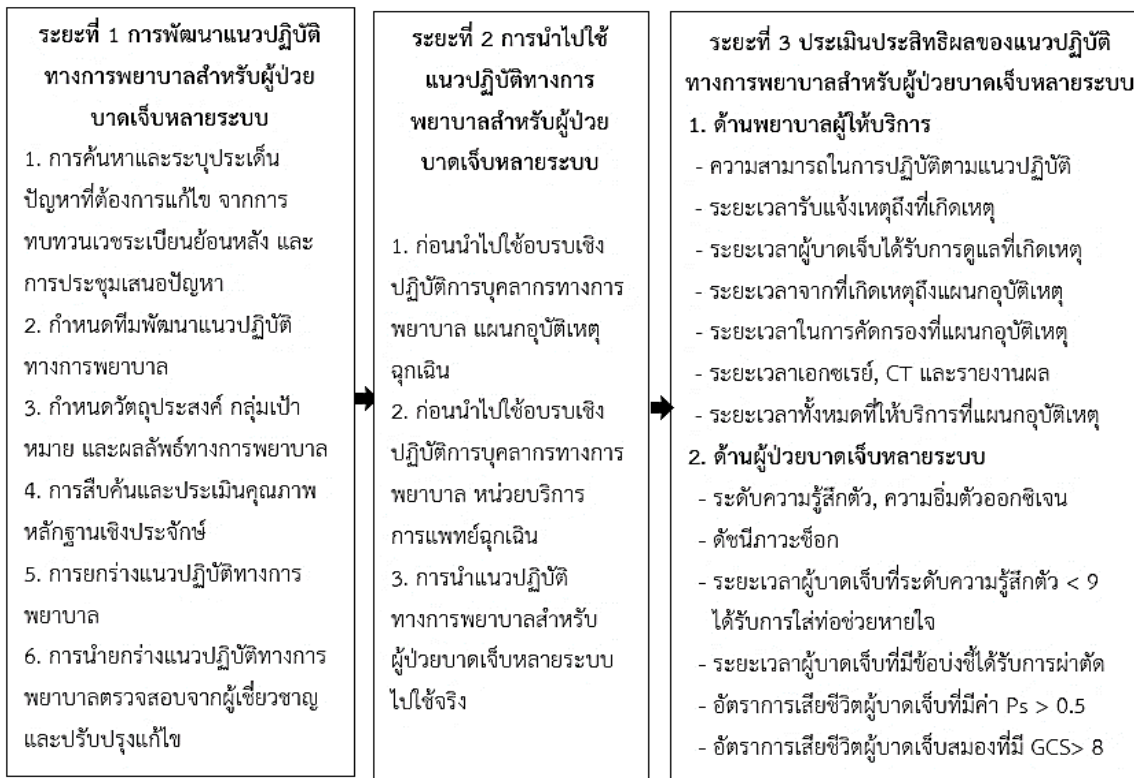
ผู้วิจัยซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม จึงได้นำปัญหาที่ได้ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิดประยุกต์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งสอดคล้องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ปฏิบัติคือ สามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกันอย่างครบถ้วนและรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น รวมทั้งยังเพิ่มอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น (จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์ และคณะ, 2562; มะลิสา โรจนศิริพันธ์, 2563; นวลทิพย์ อีระเดชากุล และคณะ, 2561; รักรุ่ง ด่านภักดี, 2559) เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีความชัดเจน ครอบคลุม นำไปสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งสามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หลังจากนำไปใช้จริงของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลผู้ให้บริการ
4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ กลุ่มก่อนใช้และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) กำหนดระยะเป็นการทำงาน 3 ระยะ ระยะที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปใช้ในสถานการณ์จริง ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังกรอบแนวคิดการวิจัยแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and development)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยศึกษาประชากรทั้งหมด 61 ราย ที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึง ธันวาคม 2565 โดยแยกเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน 39 คน และบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ 22 ราย ปฏิบัติตามแนวทางและให้ความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างขึ้น

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนครปฐม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลย้อนหลัง ระหว่างเดือน กันยายน 2564 ถึง พฤศจิกายน 2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 44 ราย 2) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้นและนำไปใช้จริง ระหว่างเดือน กันยายน 2565 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 ราย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับผู้บาดเจ็บหลายระบบคำนวณจากค่า Effect size (d) โดยใช้ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ของนวลทิพย์ ธีระเดชากุล และคณะ (2561) ที่มีตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มก่อนและกลุ่มใช้แนวทางพัฒนาได้ค่าดัชนีภาวะช็อกเฉลี่ย

1.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 และกลุ่มหลังใช้มีค่าดัชนีภาวะช็อกเฉลี่ย 1.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 แทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูปได้ sample size group 1=37, group 2=37 Total sample size =74 และได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 จะเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 88 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 44 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1. ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภทที่มีการบาดเจ็บตั้งแต่ 2 ตำแหน่งขึ้นไป ได้แก่ ศีรษะ คอ ทรวงอก ช่องท้อง เเชิงกราน แขนหรือขา 2. ได้รับการประเมินคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage) อยู่ในระดับ 1-2 ได้แก่ ระดับ 1 สีแดง และระดับ 2 สีชมพู 3. อายุ 20-59 ปี 4. กรณีเป็นสตรีไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ เสียชีวิตในที่เกิดเหตุหรือในห้องฉุกเฉิน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งสร้างจากทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย ซึ่งผ่านการตรวจคุณภาพของเครื่องมือหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 0.87 ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและก่อนถึงโรงพยาบาล การประเมินสถานการณ์ การประเมินและช่วยเหลือระยะแรก การแจ้งข้อมูลกลับ ส่วนที่ 2 การพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ การคัดกรอง การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก ส่วนที่ 3 การจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง การศึกษา และประสบการณ์ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล หลังการนำไปใช้จริงในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในส่วนที่จุดเกิดเหตุและในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ บุคลากรทางการพยาบาล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและก่อนถึงโรงพยาบาล จำนวน 20 ข้อ และพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับได้แก่ สามารถปฏิบัติตามได้น้อย (1 คะแนน) -ปานกลาง (2 คะแนน) -มาก (3 คะแนน) โดยแต่ละข้อเลือกมีความหมายและให้คะแนน และการแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือ 1.00-1.67=น้อย, 1.68-2.34=ปานกลางและ 2.35-3.00=มาก

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สาเหตุการบาดเจ็บ ประเภทคัดกรอง และกลไกการบาดเจ็บ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

4.1 ด้านพยาบาลผู้ให้บริการ ได้แก่ ระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงจุดเกิดเหตุ ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลที่จุดเกิดเหตุ ระยะเวลาจากจุดเกิดเหตุถึงแผนกฉุกเฉิน ระยะเวลาในการคัดกรอง ระยะเวลาเอกซเรย์และรายงานผล ระยะเวลา CT scan และรายงานผล และระยะเวลาผู้บาดเจ็บอยู่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

4.2 ด้านผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ความอึดตัวของออกซิเจน ดัชนีภาวะช็อก ผู้บาดเจ็บ GCS<9 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 10 นาที ผู้บาดเจ็บที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่า $Ps>0.5$ และอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บต่อสมองที่มี GCS>8

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน อาจารย์พยาบาล 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 0.81

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ภายหลังแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 15 คน และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 12 คน ซึ่งเป็นบุคลากรทั้งหมดในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิใกล้เคียง หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 0.81

จริยธรรมการวิจัย

เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบงานตามมาตรฐานรับรองคุณภาพการพยาบาล แต่จะมีขั้นตอนการนำไปใช้ ซึ่งต้องสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม เลขที่รับรอง COA No.046/2022 NPH-REC No. 029/2022 เมื่อผ่านการรับรอง ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และให้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบประยุกต์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภานิติบัญญัติทางการแพทย์และสุขภาพ แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มีทั้ง 6 ขั้นตอน ดำเนินการเดือน กุมภาพันธ์ 2565 ถึง สิงหาคม 2565 ระยะเวลา 7 เดือน ดังนี้

ประชุมครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข และขั้นตอนที่ 2 การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 2-3 ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 4-5 ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชุมครั้งที่ 6-7 ขั้นตอนที่ 5 การยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงแก้ไข

แนวปฏิบัติทางการแพทย์สำหรับผู้บาดเจ็บหลายระบบในส่วนการให้การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและการพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

แนวทางปฏิบัติ การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุ(ระดับความน่าเชื่อถือ, ข้อเสนอแนะ และหลักฐานเชิงประจักษ์)

หมวดที่ 1 การประเมินสถานการณ์ (Scene size up) (ระดับ 4, A: รัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี และ มธุรส บุรณศักดิ์, 2564; ACS, 2018)

แนวทางปฏิบัติ 1. ข้อมูลสถานที่เกิดเหตุ 2. ข้อมูลชนิดอุบัติเหตุ 3. ข้อมูลกลไกการบาดเจ็บ 4. จำนวนผู้บาดเจ็บ 5. ประเมินขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม

หมวดที่ 2 การประเมินและช่วยเหลือระยะแรก (Primary assessment) (ระดับ 3.2, A: จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์ และคณะ, 2562) (ระดับ 4, A: ธวัชชัย อิมพล, 2564; รัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี และมธุรส บุรณศักดิ์, 2564; ACS, 2018)

แนวทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินทางเดินหายใจ (Airway and C-spine protection) ดังนี้ 1. ประเมิน airway และใส่ Hard collar 2. ประเมินการหายใจและเปิดช่องหรืออุดตันทางเดินหายใจ 3. กรณีทางเดินหายใจอุดตันปฏิบัติ chin lift หรือ jaw thrust

ขั้นตอนที่ 2 ช่วยเหลือด้านการหายใจ (Breathing and Ventilation) ดังนี้ 1. ถ้าหยุดหายใจ ให้การช่วยเหลือตามหลัก basic life support 2. หายใจ < 10 หรือ > 10 ครั้ง/นาที นำผู้ป่วยขึ้นรถ และ oxygen mask with bag 10-12 LPM ห้ามใส่ oropharyngeal airway 3. ประเมิน และ Monitor pulse oximeter

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินช่วยเหลือระบบไหลเวียนและควบคุมการเสียเลือด (Circulation and hemorrhage control) ดังนี้ 1. ประเมินภาวะ Shock 2. ประเมิน Pulse, Blood pressure 3. กรณีมีบาดแผลฉีกขาดเลือดออกมาก ห้ามเลือดทันที 4. เปิดเส้นเลือดดำกรณี Shock เปิด 2 เส้นเข็มเบอร์ 16/18 5. ระหว่างนำส่งประเมินอย่างต่อเนื่อง

หมวดที่ 3 การแจ้งข้อมูลกลับ (Communication) (ระดับ 4, A: รัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี และ มธุรส บุรณศักดิ์, 2564; ACS, 2018)

แนวทางปฏิบัติ 1. ข้อมูลกลไกการบาดเจ็บ 2. ตำแหน่งการบาดเจ็บ 3. ค่า vital sign และอื่นๆ 4. การรักษาที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย

หมวดที่ 1 การคัดกรอง (ระดับ 3.3, A: ยาวลักษณ์ ผุ่ยหัวโทน และจุไรพร กนกวิจิตร, 2563) (ระดับ 4, A: กรมการแพทย์, 2561; สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2563; กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพล, 2563)

แนวทางปฏิบัติ 1. วัดสัญญาณชีพ 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว 3. ประเมินความอึดตัวออกซิเจน 4. ประเมินความเจ็บปวด 5. ชักประวัติอาการสำคัญ 6. คัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บ

หมวดที่ 2 การประเมินและช่วยเหลือระยะแรก (ระดับ 3.1, A: นวลทิพย์ อีระเดชากุล และคณะ, 2561; พนอ เตชะอิก และคณะ, 2554; มะลิสา โรจนศิริณ, 2563) (ระดับ 3.2, A: รักรุ่ง ด่านภักดี, 2559; จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์ และคณะ, 2562; Rüden et al., 2013) (ระดับ 3.3, A: กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร และคณะ, 2557; กรองไธ อุณหสุต, 2559; เพ็ญศรี ดำรงจิตติ และคณะ, 2557; สุนิดา อรรถชิต และคณะ, 2553) (ระดับ 4, A: อุไรพร ศิริเทพ, 2558; ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2556; ACS, 2018)

แนวทางปฏิบัติมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินทางเดินหายใจ (Airway and C-spine protection) ดังนี้ 1. ประเมิน airway และใส่ Hard collar 2. ประเมินการหายใจและทางเดินหายใจ 3. การแก้ไขกรณีทางเดินหายใจอุดตันปฏิบัติ chin lift

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่จุดเกิดเหตุ(ระดับความน่าเชื่อถือ, ข้อเสนอแนะ และหลักฐานเชิงประจักษ์)
ขั้นตอนที่ 2 ช่วยเหลือด้านการหายใจ(Breathing and Ventilation) ดังนี้ 1. การหายใจและฟังเสียงปอด 2. ประเมินอัตราหายใจ กรณี-หยุดหายใจ ช่วยเหลือตามหลัก Basic life support และเตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ - หายใจ < 10 หรือ > 30 ครั้ง/นาที Hold mask with bag 10-12 LPM - หายใจ 10-30 ครั้ง/นาที oxygen mask with bag 10-12 LPM 3. ประเมินและ Monitor pulse oximeter 4. ติดตามประเมิน V/S, N/S, O2 sat. ผู้ป่วยสีแดงทุก 5-10 นาที และสีชมพู ทุก 10-15 นาที ขั้นตอนที่ 3 ประเมินช่วยเหลือระบบไหลเวียนและควบคุมการเสียเลือด (Circulation and hemorrhage control) ดังนี้ 1. ประเมินภาวะ Shock 2. บาดแผลฉีกขาดเลือดออกมากห้ามเลือดทันที 3. เปิดเส้นเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ 16/18 4. ให้ความอบอุ่นร่างกายตลอดเวลา 5. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเร่งด่วน 6. กรณีต้องเตรียมและให้เลือด 7. ใส่ N/G, Foley's cath และเตรียมหัตถการอื่นๆที่จำเป็น 8. ประสานส่ง X-ray 9. ติดตามประเมิน V/S, N/S, O2 sat ต่อเนื่อง ขั้นตอนที่ 4 ประเมินและดูแลภาวะเสี่ยงต่อความพิการหรือบกพร่องต่างๆ (Disability) 1. ประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) กรณี ≤ 8 เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ 2. pupil size/reactivity, lateralizing sign 3. เตรียมตรวจวินิจฉัยพิเศษ 4. กรณีมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดฉุกเฉิน 5. ติดตามประเมิน V/S, N/S, O2 sat ต่อเนื่องตามเวลา ขั้นตอนที่ 5 ประเมินและตรวจหาความผิดปกติทั้งหมด (Exposure) 1. ถอดหรือตัดเสื้อผ้าออกเพื่อประเมินและให้คลุมด้วยผ้าห่มอุ่น 2. การพลิกตะแคงตัวแบบ Log Roll 3. ช่วยแพทย์ตรวจประเมินด้านหลังผู้ป่วย 4. บันทึกประวัติสุขภาพอื่น (AMPLE) 5. บันทึกกลไกการบาดเจ็บ 6. กรณีพบบาดแผลเพิ่ม Dressing 7. เตรียมอุปกรณ์เพื่อ Stabilize หมวดที่ 3 การจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ระดับ 3.1,A: พนอ เตชะอริกและคณะ, 2554) (ระดับ 3.3, A: เพ็ญศรี ดำรงจิตติ และคณะ, 2557) (ระดับ 4, A: อุไรพร ศิริเทพ, 2558) แนวทางปฏิบัติ มี 3 กรณี 1. กรณีนอนรักษาในโรงพยาบาล 2. กรณีเสียชีวิต 3. กรณีส่งต่อ

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเดือนกันยายน 2565 ถึงพฤศจิกายน 2565 ระยะเวลา 3 เดือน ประกอบด้วย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไปใช้ในสถานการณ์จริง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนธันวาคม 2565 ดังนี้

1. ประเมินผลด้านพยาบาลผู้ให้บริการประกอบด้วย (1) ความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (2) แบบระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (3) ระยะเวลาผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการดูแลที่เกิดเหตุ (4) ระยะเวลาจากที่เกิดเหตุถึงแผนกอุบัติเหตุ (5) ระยะเวลาในการคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุ (6) ระยะเวลาเอกซเรย์, CT และรายงานผล (7) ระยะเวลาทั้งหมดที่ให้บริการแผนกอุบัติเหตุ

2. ประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วย (1) ระดับความรู้สึกตัว (2) ความอึดตัวออกซิเจน (3) ดัชนีภาวะช็อก (4) ระยะเวลาผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS < 9 ได้รับการใส่ ET Tube (5) ระยะเวลาผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัด (6) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีค่า Ps > 0.5 (7) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มี GCS > 8

โดยการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ (1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนตามเกณฑ์คัดเข้าเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 จำนวน 44 ราย (2) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล หลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ เดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 จำนวน 44 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ นำเสนอด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ
2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการพยาบาล และผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลหลังการนำไปใช้จริง และผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ แจกแจงด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้บาดเจ็บหลายระบบโดยข้อมูลทั่วไปใช้สถิติ Chi-square test ส่วนผลลัพธ์ทางการพยาบาลใช้สถิติ Independent t test

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้บาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลนครปฐมมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การให้การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ประกอบด้วย 3 หมวดคือ หมวดที่ 1 การประเมินสถานการณ์ (Scene size up) หมวดที่ 2 การประเมินและช่วยเหลือระยะแรก (Primary assessment) และหมวดที่ 3 การแจ้งข้อมูลกลับ (Communication) ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 การให้การพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (In-hospital) ประกอบด้วย 5 หมวด คือ หมวดที่ 1. การคัดกรองหมวดที่ 2. การช่วยเหลือระยะแรกมี 5 ขั้นตอนคือ การประเมินทางเดินหายใจ, การช่วยเหลือด้านการหายใจ, การประเมินช่วยเหลือระบบไหลเวียนและควบคุมการเสียเลือด, การประเมินและดูแลภาวะเสี่ยงต่อความพิการหรือบอบช้ำต่างๆ และประเมินและตรวจหาความผิดปกติทั้งหมด หมวดที่ 3 การจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. ข้อมูลทั่วไป และความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล หลังการนำไปใช้จริง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 80.33 อายุอยู่ระหว่าง 24-30 ปี ร้อยละ 63.93 อายุเฉลี่ย 33.26 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 77.05 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 88.52 ส่วนใหญ่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 63.93 ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันเฉลี่ย 10.00 ปี ส่วนใหญ่นำหน้าที่ในงานเป็นผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 55.74 ผ่านการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 100.00

2.2 ความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล แบ่งตามหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2 ส่วนคือ การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนี้ (1) การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุ (n=22) บุคลากรการพยาบาลมีความคิดเห็นว่า หมวดที่ 1 การประเมินสถานการณ์ และหมวดที่ 3 การแจ้งข้อมูลกลับ สามารถปฏิบัติตามได้ทั้งหมด ระดับมาก (M=3.00) หมวดที่ 2 การประเมินและช่วยเหลือระยะแรก ปฏิบัติตามได้ระดับมาก (M=2.98) (2) การพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n=39) พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่า หมวดที่ 1 การคัดกรอง และหมวดที่ 3 การจำหน่าย สามารถปฏิบัติตามได้ทั้งหมด ระดับมาก (M=3.00) หมวดที่ 2 การประเมินและช่วยเหลือระยะแรก ปฏิบัติตามได้ระดับมาก (M=2.96) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังการนำไปใช้จริง

แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติตาม	
	M (SD)	ระดับ
การพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและก่อนถึงโรงพยาบาล(n = 22)		
หมวดที่ 1 การประเมินสถานการณ์	3.00 (0.00)	มาก
หมวดที่ 2 การประเมินและช่วยเหลือระยะแรก	2.98 (0.97)	มาก
2.1 ประเมินทางเดินหายใจ	3.00 (0.00)	มาก
2.2 ช่วยเหลือด้านการหายใจ	3.00 (0.00)	มาก
2.3 ช่วยเหลือระบบไหลเวียนและควบคุมการเสียเลือด	2.91 (0.95)	มาก
หมวดที่ 3 การแจ้งข้อมูลกลับ	3.00 (0.00)	มาก
การพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n = 39)		
หมวดที่ 1 การคัดกรอง	3.00 (0.00)	มาก
หมวดที่ 2 การประเมินและช่วยเหลือระยะแรก	2.96 (0.15)	มาก
2.1 ประเมินทางเดินหายใจ	3.00 (0.00)	มาก
2.2 ช่วยเหลือด้านการหายใจ	2.99 (0.04)	มาก
2.3 ช่วยเหลือระบบไหลเวียนและควบคุมการเสียเลือด	2.96 (0.88)	มาก
2.4 ประเมินและดูแลภาวะเสี่ยงต่อความพิการ	3.00 (0.00)	มาก
2.5 ประเมินและตรวจหาความผิดปกติอื่นๆตามร่างกาย	2.92 (0.08)	มาก
หมวดที่ 3 การจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	3.00 (0.00)	มาก

3. ข้อมูลทั่วไป และการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลดังนี้ กลุ่มก่อนใช้ (n=44) และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ(n=44) พบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 68.18 และ 72.27 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 35.84 และ 36.98ตามลำดับ นำส่งโดยหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 43.18 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 90.90 และ 80.09 ระดับคัดกรองสีแดง ร้อยละ 52.27 และ 59.09 อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่ศีรษะ ร้อยละ 90.45 และ 100.00 ตามลำดับ และกลไกการบาดเจ็บเป็นการ กระแทก ร้อยละ 90.91 และ 94.45 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติระหว่างข้อมูลทั่วไป และสภาพการบาดเจ็บ แรกเริ่มของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและสภาพการบาดเจ็บแรกรับของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำแนกตามกลุ่มก่อนใช้ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้บาดเจ็บหลายระบบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนใช้ (n=44)	กลุ่มหลังใช้ (n=44)	p-value	T=
เพศ จำนวน (ร้อยละ)				
ชาย	30 (68.18)	34 (72.27)		
หญิง	14 (31.82)	10 (27.73)	0.34 ^C	
อายุ (ปี) M (SD)	35.84 (14.82)	36.98 (15.24)	0.72 ^T	
การนำส่ง จำนวน (ร้อยละ)				
หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน	19 (43.18)	22 (50.00)		
หน่วยกู้ภัย	13 (29.55)	12 (27.27)		
ส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย	12 (27.27)	10 (22.73)	0.82 ^C	
สาเหตุการบาดเจ็บ จำนวน (ร้อยละ)				
อุบัติเหตุจราจร	40 (90.90)	37 (84.09)		
ตกจากที่สูง/ ถูกทำร้ายร่างกาย	4 (9.09)	7 (15.91)	0.61 ^C	
ระดับคัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)				
สีแดง	23 (52.27)	26 (59.09)		
สีชมพู	21 (47.73)	18 (40.91)	0.52 ^C	
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บจำนวน (ร้อยละ)(เลือกได้หลายข้อ)				
ศีรษะ	42 (90.45)	44 (100.00)	0.15 ^C	
คอ	3 (6.82)	4 (9.09)	0.62 ^C	
ทรวงอก	24 (54.55)	28 (63.64)	0.52 ^C	
ท้อง	36 (81.82)	30 (90.91)	0.22 ^C	
เชิงกราน/ แขน-ขา	37 (84.09)	27 (61.37)	0.43 ^F	
กลไกการบาดเจ็บจำนวน (ร้อยละ)				
กระแทก	40 (90.91)	42 (95.45)		
ถูกของแหลม	4 (9.09)	2(4.55)	0.40 ^F	

Independent t-test C= Chi-square test F= Fisher Exact

4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้บาดเจ็บหลายระบบ แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านพยาบาลผู้ให้บริการ และด้านผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ดังนี้

4.1 ด้านพยาบาลผู้ให้บริการ พบว่า ระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุเฉลี่ย 10.00 นาที ระยะเวลาผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลที่เกิดเหตุเฉลี่ย 7.18 นาที (มาตรฐาน <10 นาที) ระยะเวลาจากที่เกิดเหตุถึงแผนกอุบัติเหตุเฉลี่ย 9.00 นาที ระยะเวลาในการคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุเฉลี่ย 1.00 นาที ระยะเวลาเอกซเรย์และรายงานผลเฉลี่ย 11.48 นาที ระยะเวลา CT scan และรายงานผลเฉลี่ย 13.79 นาที และระยะเวลาทั้งหมดที่ให้บริการที่แผนกอุบัติเหตุเฉลี่ย 1.55 ชั่วโมง (มาตรฐาน < 2 ชั่วโมง)

4.2 ด้านผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่าง กลุ่มก่อนใช้และหลังใช้แนวปฏิบัติที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า ด้านที่พบความแตกต่างทางสถิติคือ กลุ่มหลังใช้มีความอึดตัวออกซิเจนก่อนจำหน่ายที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้ ($M=99.20$, และ 97.09 , $p=0.02$ ตามลำดับ) กลุ่มหลังใช้มีดัชนีภาวะช็อกก่อนจำหน่ายต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้ ($M= 1.31$ และ 1.34 , $p=0.04$ ตามลำดับ) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีระดับความรู้สึกตัว (GCS) <9 ได้รับการใส่ ET Tube กลุ่มหลังใช้มีเวลาน้อยกว่า กลุ่มก่อนใช้ ($M= 3.33$ และ 5.07 , $p=0.00$ ตามลำดับ) โดยทั้งสองกลุ่มไม่พบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีค่า $Ps >0.5$ และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มี $GCS >8$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในกลุ่มก่อนใช้ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ	กลุ่มก่อนใช้ (n = 44) M±SD	กลุ่มหลังใช้ (n = 44) M±SD	t	p-value
ระดับความรู้สึกตัวแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	8.23 (5.56)	8.59 (5.53)	2.69	0.76
ระดับความรู้สึกตัวก่อนจำหน่ายที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	8.59 (5.58)	8.91 (5.54)	2.72	0.79
ความอึดตัวออกซิเจนแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	91.80 (8.53)	91.41 (8.18)	3.05	0.83
ความอึดตัวออกซิเจนก่อนจำหน่ายแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	97.09 (4.39)	99.20 (0.67)	1.14	0.02*
ดัชนีภาวะช็อกแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1.34 (0.70)	1.31 (0.59)	2.24	0.66
ดัชนีภาวะช็อกก่อนจำหน่ายแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1.12 (0.45)	0.95 (0.40)	1.47	0.04*
ระยะเวลาผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS <9 ได้รับการใส่ ET Tub	5.07 (2.11)	3.23 (1.18)	1.08	0.00*
ระยะเวลาผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัด	82.69 (33.43)	73.00 (34.01)	2.32	0.39
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีค่า $Ps >0.5$ เสียชีวิต จำนวน(ร้อยละ)	0	0	-	-
ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มี $GCS >8$ เสียชีวิต จำนวน(ร้อยละ)	0	0	-	-

* $p < 0.005$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในส่วนเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในการศึกษาครั้งนี้ การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์มี 2 ส่วน คือ การจัดระดับความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดระดับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้โดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย ได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมด เพื่อนำเสนอในการประชุมทีมพัฒนา การสืบค้นที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 57 ฉบับ โดยคัดเลือกเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะ Pre-hospital และ In-hospital ทั้งหมด 20 ฉบับ หลังจากนั้นจึงนำไปมาจัดระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (NHMRC, 1998) โดยพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 20 ฉบับพบว่า มีขั้นตอนและวิธีการที่เหมือนกัน

ตามหลัก Advanced trauma Life Support (ATLS) ซึ่งทีมพัฒนาได้ร่วมกันพิจารณาจัดหมวดหมู่ ขั้นตอนวิธีการโดยยึดตามหลักการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน (ATLS) มี Flow chart ที่สามารถทบทวนได้ง่ายและชัดเจน การวัดผลลัพธ์ทั้งในพยาบาลผู้ให้บริการและในผู้ป่วย โดยยึดตามตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยการประชุมยกร่างแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ทีมพัฒนาทุกคนมีส่วนร่วมโดยเข้าร่วมการประชุมทุกครั้งทั้งแบบ Onsite และ Online หลังจากทีมพัฒนายกร่างแล้ว ได้นำให้ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ โดยข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญดังนี้ ควรปรับลดข้อปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนกับแพทย์ เพื่อให้ลดขั้นตอนการทำงานเช่น ประเมินและตรวจหาความผิดปกติทั้งหมด โดยปรับให้เป็นการร่วมกันปฏิบัติแทน หลังปรับปรุงและแก้ไข เป็นการประกาศใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลผู้ให้บริการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง

2. ความคิดเห็นด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล หลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไปใช้จริงพบว่า ภายหลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พยาบาลหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีความคิดเห็นในระดับมากทุกรายข้อ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.91-3.00 อธิบายได้ว่า เนื่องจากขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมเป็นทีมพัฒนา และการยกร่างแนวปฏิบัติ โดยผ่านขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลครบทุกขั้นตอนตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) โดยร่วมกันทบทวนปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผ่านการสังเคราะห์ความน่าเชื่อถือตามคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุม ชัดเจนและเข้าใจง่าย นอกจากนี้กิจกรรมทางการพยาบาลที่ระบุในสาระสำคัญของแนวปฏิบัติเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลไม่เกิดความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงมากเกินไป รวมทั้งการอบรมเชิงปฏิบัติเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นเมื่อนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง พยาบาลทั้งหมดจึงสามารถปฏิบัติตามได้ในระดับมากทุกกิจกรรมการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของนวลทิพย์ ชีระเดชากุล และคณะ (2561) ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทีมพัฒนาเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้เชี่ยวชาญพบว่า พยาบาลมีระดับความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 60.6 และมากที่สุดร้อยละ 25.6 การศึกษาได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทีมพัฒนาเป็นพยาบาลวิชาชีพร่วมกันยกร่างแนวปฏิบัติตามขั้นตอนคือ การวิเคราะห์ปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และสร้างแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จริง โดยวัดผลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลสูงกว่าก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ด้านพยาบาลผู้ให้บริการ และด้านผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านพยาบาล ผู้ให้บริการ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถเข้าถึงผู้บาดเจ็บได้ในเวลา 10 นาที ซึ่งปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไม่เกิน 20 นาที การดูแลผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุใช้เวลา 7 นาที โดยเกณฑ์ไม่เกิน 10 นาที และใช้เวลาในการนำส่งแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเวลา 9 นาที ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้บาดเจ็บช่วง Pre-hospital อยู่ในเกณฑ์ตามตัวชี้วัดทั้งหมด สำหรับการดูแลผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้ระยะเวลาคัดกรองที่ 1 นาที ทั้งผู้บาดเจ็บสีแดงและสีชมพู ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดสีแดงภายใน 1 นาที และสีชมพู 5-10 นาที ได้รับการเอกซเรย์และผลตรวจภายใน 11.48 นาที รวมทั้งในรายที่ต้อง CT scan ดำเนินการเสร็จสิ้นพร้อมผลตรวจภายใน 13.79 นาที โดยผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุ 1.55 ชั่วโมง ซึ่งไม่เกิน 2 ชั่วโมง โดยระยะเวลาการดูแลผู้บาดเจ็บ In-hospital อยู่ในเกณฑ์ตามตัวชี้วัดทั้งหมด ทั้งนี้เพราะว่า พยาบาลผู้ให้บริการตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี ซึ่งการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลช่วยให้พยาบาลทราบถึงหลักการและสามารถทำงานเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน ทำให้วางแผนการดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทันเวลา

สอดคล้องกับการศึกษาของจารย์พักตร์ กัญจนิตานนท์ และคณะ (2562) โดยพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ทีมพัฒนาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สั่งการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมกระดูกและข้อ จำนวนทั้งหมด 106 คน โดยกำหนดรูปแบบการพยาบาลเป็น 3 ระยะคือ Pre-hosp, In-hosp และ Definite care พัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดรูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ประชุมชี้แจง และประชุมวิชาการเสริมความรู้และศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด หลังจากนั้นนำรูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบที่ได้ไปทดลองใช้จริง พบว่าการพยาบาลในระยะ Pre-hospital มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นคือ ระยะเวลาออกจากโรงพยาบาลถึงจุดเกิดเหตุภายใน 10 นาที EMS screen time <10 นาที การพยาบาลในระยะ In-hospital พบอัตราที่เพิ่มขึ้นได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วยสีแดง ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 นาที ได้รับการทำ CT Brain ภายใน 2 ชม. ผู้บาดเจ็บซึ่งมี GCS<9 ได้รับการใส่ endotracheal tube ภายใน 10 นาที และเวลาที่ใช้ในการเอกซเรย์และรายงานผล ลดลงจาก 110 เหลือ 79 นาที ส่วนการศึกษาของนวลทิพย์ ธีระเดชากุล และคณะ (2561) ศึกษาประสิทธิภาพผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เครื่องมือใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Injury Nursing Management Guideline) ของเครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทยที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นตามหลักการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง Advance Trauma Life Support (ATLS) เมื่อนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีระยะเวลาในการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างกลุ่มก่อนใช้และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่า เมื่อวัดผลลัพธ์ก่อนจำหน่ายที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้

แนวปฏิบัติที่แสดงถึงประสิทธิผลการนำไปใช้มากกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ระดับความอิ่มตัวออกซิเจน ดัชนีภาวะช็อก และระยะเวลาผู้บาดเจ็บที่มีระดับความรู้สึกตัว <9 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จ ส่วนผลลัพธ์ด้านระดับความรู้สึกพบว่า กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีแนวโน้มที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ดี ระยะเวลาผู้บาดเจ็บที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัด ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มใช้เวลาเกิน 60 นาที ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยปัญหานี้จะได้เสนอในที่ประชุมเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช้ากว่า 60 นาที อย่างไรก็ตามในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติพบว่า มีแนวโน้มที่ดีขึ้นโดยมีระยะเวลาที่สั้นกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครอบคลุมและรวดเร็ว หลังนำไปใช้ทำให้เกิดประสิทธิผลด้านผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิสา โรจนหิรัญย์ (2563) ศึกษาเชิงปฏิบัติการในการใช้แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยทีมพัฒนาเป็นพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การดำเนินวิจัยมี 4 ระยะคือ ศึกษาสถานการณ์และปัญหา ศึกษาและค้นหาหลักฐานทางเลือกใหม่ จัดประชุมหาแนวทางแก้ไข และการวางแผนปฏิบัติการ โดยแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบประยุกต์ตามหลัก Advance Trauma Life support ของเครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย ร่วมกับแนวทางการดูแลรักษาของแพทย์ ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลพบว่า เปรียบเทียบค่าดัชนีภาวะช็อก (Shock Index) แกรับเข้าห้องอุบัติเหตุและก่อนจำหน่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนแกรับเข้าห้องอุบัติเหตุและก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของเพ็ญศรี ดำรงจิตติ และคณะ (2557) ซึ่งได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บรุนแรงในห้องฉุกเฉิน และการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline ของนวลทิพย์ ธีระเดชากุล และคณะ (2561) พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้แก่ ดัชนีภาวะช็อกลดลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้น ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยไม่ทรุดลงจากเดิม ทั้งนี้ส่วนของผลการศึกษาด้านผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ไม่แตกต่าง คือเรื่องระยะเวลาผู้บาดเจ็บที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 82.69 นาที หลังการใช้แนวปฏิบัติมีแนวโน้มดีขึ้นเฉลี่ย 73 นาที แต่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานคือ น้อยกว่า 60 นาที ซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล จากผลการศึกษาคควรนำแนวทางปฏิบัติสำหรับการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มาใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และวิเคราะห์ผลการปฏิบัติสู่การปรับปรุงคุณภาพของการดูแล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ควรอบรมเชิงปฏิบัติในพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกราย ก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรกำหนดเป็นนโยบายให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติในการนิเทศติดตามการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบที่เข้ามารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และช่วยเหลือโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องเป็นแนวทางเดียวกัน

4. ด้านวิชาการควรมีการศึกษาโดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ความรู้ใหม่มาใช้และปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, จิตติ ภมรศิลปธรรม, ลัดดา มีจันทร์. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในภาวะวิกฤต โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์*, 6(1), 24-37.
- กรมการแพทย์. (2561). *MOPH ED. TRIAGE* พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- กรองไธ อุณหสุต. (2559). *การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Multiple Injury ตามแนวทางการจัดการผู้ป่วย Multiple ตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2/2559; 11-12 มิถุนายน 2559 กรุงเทพฯ.
- จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์, สุชาติ วิภาวาท, รัตนา พรหมบุตร. (2562). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 339-349.
- ดวงกมล สุวรรณ. (2559). *ผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธวัชชัย อัมพุล. (2564). *การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเบื้องต้น Initial assessment and management in Trauma: เอกสารประกอบการอบรม การดูแลผู้บาดเจ็บขั้นสูง รุ่นที่ 13* ใน ธวัชชัย อัมพุล, สุธิดา จันทร์จรัส และมงคล อัสวภูมิ กองบรรณาธิการ. *ขอนแก่น: บริษัทเพ็ญพรินตัง*.
- นวลทิพย์ ชีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย, นงลักษณ์ พลแสน. (2561). ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management guideline แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 33(2), 165-177.
- พนอ เตชะอธิก, สุนทราพร วันสุพงศ์, และ สุนา สัมฤทธิ์รินทร์. (2554). ผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้บาดเจ็บที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 30(4), 65-74.
- มะลิสา โรจนศิริพันธ์. (2563). ประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(3), 413-425.
- ณภัคคนันท์ ยุวดี, จินดา ผุดผ่อง, นพพรพงศ์ ว่องวิทย์การ และ นฤมล จันทร์สุข. (2562). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลอุทัยธานี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 9(3), 280-296.

- เยาวลักษณ์ ผุ่ยหัวโทน และ จุไรพร กนกวิจิตร. (2563). *การศึกษาระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*.
- รักรุ่ง ต่านภักดี. (2559). การประเมินประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 36(1), 50-59.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2556). *การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเมื่อแรกได้รับ: แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม Clinical practice guidelines in surgery*.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). *คู่มือทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่กพผ.กำหนด*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.
- สุพิศรา อยู่สุข และคณะ. (2560). พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารการแพทย์*. 42(6), 90-101.
- Baker, CC, Oppenheimer, L, Stephens, B, Lewis, FR, Trunkey, DD. (1980). Epidemiology of trauma deaths. *Am J Surg*, 140(1), 144–50.
- Butcher, N. E., & Balogh, Z. J. (2014). Update on the definition of polytrauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 40(2), 107–111.
- Hasler, R.M., Nuesch, E., Juni, P., Bouamra, O., Exadaktylos A. K., Lecky, F. (2011). Systolic blood pressure below 110 mmHg is associated with increased mortality in blunt major trauma patients: multicentre cohort study. *Resuscitation*, 82: 1202-27.
- NAEMT. (2014). *Prehospital trauma life support. 8th ed.* Jones & Bartlett Learning.
- Newberry, L. (2003). *Emergency nursing principle and practice*. Philadelphia: Mosby.
- NHMRC, (1998). A guide to the development, Implement and evaluation of clinical practice guidelines. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp30.pdf.
- NSW ITIM. (2016). *Major trauma in NSW 2015*. A report from the NSW trauma registry.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย ของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

พยุ่ง พุ่มกลิ่น, วท.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2565 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี มีความรู้ในระดับสูง ($M=9.40\pm1.21$) มีเจตคติในระดับสูง ($M=34.14\pm4.35$) มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย ($M=22.95\pm3.76$) ความรู้สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ได้ร้อยละ 38.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2=.387$, $B=.358$, $t=4.654$)

ผลการวิจัยนี้ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความรู้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายที่ถูกต้องในบุคลากรของโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ:พฤติกรรม การจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Corresponding: young2507@yahoo.co.th

Predicting factors of chemical waste management behavior and hazardous materials of hospital personnel under the Ministry of Public Health, Phetchaburi Province

Payung Phumklin, B.Sc.

Abstract

The purpose of this research was to study the predictive factors of waste management behavior. Chemicals and hazardous substances of hospital personnel under the Ministry of Public Health Phetchaburi Province During September-November 2022, a sample of 377 people was selected by purposive sampling. Data were analyzed by statistical multiple regression analysis.

The study found that Hospital personnel under the Ministry of Public Health Phetchaburi Province High level of knowledge ($M= 9.40 \pm 1.21$) High level of attitude ($M= 34.14 \pm 4.35$) Correct waste management behavior Chemicals and hazardous substances ($M= 22.95 \pm 3.76$) Knowledge can predict chemical waste management behaviors and hazardous substances of hospital personnel under the Ministry of Public Health, Phetchaburi Province at 38.7 percent with statistical significance at the .01 level. ($R^2=.387$, $B=.358$, $t=4.654$)

The results of this research are used as a guideline for developing guidelines to promote knowledge that affects waste management behavior. Accurate chemicals and hazardous substances in the personnel of hospitals in Phetchaburi province and hospitals with similar contexts.

Keywords: waste management behavior Chemicals and Hazard

บทนำ

ปัจจุบันสารเคมี มีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์มากขึ้น รวมทั้งเป็นสิ่งที่กำหนดถึงความปลอดภัยและสุขภาพของประชาชน ผลของการใช้สารเคมีมีทั้งผลกระทบเชิงบวกและผลกระทบเชิงลบ ซึ่งยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ คือ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ด้วยความหลากหลายดังกล่าว จึงจำเป็นต้องบริหารจัดการสารเคมีที่ดีเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด การจัดการสารเคมีและวัตถุอันตรายของประเทศไทยยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายรองรับเป็นการเฉพาะ จึงไม่มีอำนาจในการสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผลให้การจัดการสารเคมีไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (ข้อมูลแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2555-2565) ส่งผลต่อการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของประเทศไทย ส่งผลในระดับเขตและระดับจังหวัดตามประเทศไทย พบปัญหาสารเคมีในภาคการสาธารณสุขประมาณร้อยละ 22 ของปริมาณของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นทั้งหมดเฉลี่ย 1.83 ล้านตันต่อปี (ข้อมูลแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2555-2565) โดยปัญหาหลักที่เกิดขึ้นคือ ของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นยังคงปะปนกับขยะมูลฝอยทั่วไปซึ่งเป็นปัญหาในระดับเขตและระดับจังหวัดเช่นเดียวกัน ในปี 2564 จังหวัดเพชรบุรี มีการรวบรวมข้อมูลของเสียสารเคมีและวัตถุอันตราย (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2564) จำนวน 38,282 กิโลกรัม หรือ 38.28 ตัน ซึ่งเป็นอันดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 5 รองลงมาเป็นจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และจังหวัดราชบุรี จำนวน 5.62 ตัน และ 4.48 ตัน ตามลำดับ ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการปนเปื้อน เขตสุขภาพที่ 5 เกิดอุบัติเหตุการปนเปื้อนมากเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศรองจากเขตสุขภาพที่ 6 (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2564) และจากข้อมูลแผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2555-2565) พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสารเคมีและวัตถุอันตรายทำให้การดำเนินงานด้านการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายไม่ได้รับความสนใจซึ่งในความเป็นจริงเป็นเรื่องใกล้ตัว ส่งผลต่อความปลอดภัยของประชาชน และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ ทักษะมีความสัมพันธ์กับการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตราย (ภักธีมา ตาลประสาท, 2558)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมและเสนอแนวทางในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตราย ของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านเจตคติและปัจจัยด้านพฤติกรรมในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

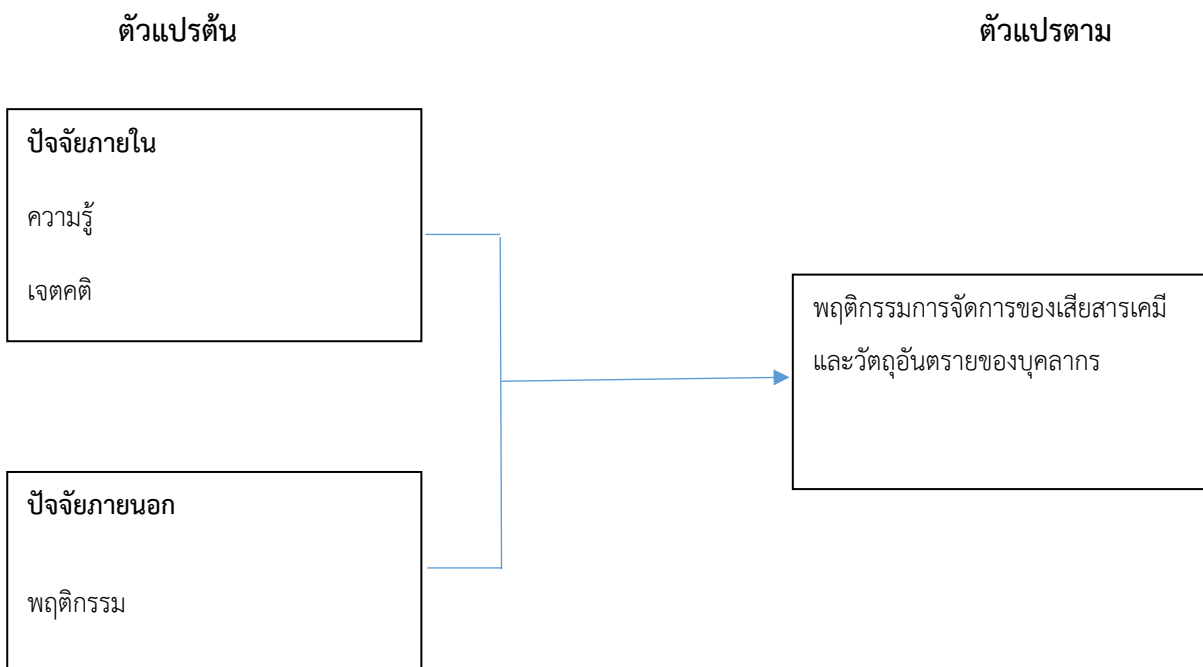
คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรคือ บุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับของเสียสารเคมีและวัตถุอันตราย จำนวน 3,234 คน (กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี, 2565)

2) กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตราย อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของทาโร่ ยามาเน (Yamane, 1973) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 356 คน ซึ่งเพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 377 คน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540)

3) การได้มาของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 แห่ง ในแผนกที่มีบุคลากรปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสารเคมีและวัตถุอันตราย อย่างน้อย 1 ปี ระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์ในเวลาราชการ

เกณฑ์การคัดเข้า (criteria) บุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับของเสียสารเคมีและวัตถุอันตราย อย่างน้อย 1 ปีและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) บุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วไม่สามารถให้ข้อมูลได้มีคุณสมบัติไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และไม่ประสงค์เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยผู้วิจัย รูปแบบของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เป็น 2 ตอนคือ

แบบสอบถามด้านความรู้ในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 10 ข้อ รูปแบบของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่กับไม่ใช่ ถ้าตอบใช่ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 0 คะแนน

แบบสอบถาม เจตคติในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี รูปแบบของข้อคำถามเป็นแบบ RatingScale จำนวน 8 ข้อ มี 5 ระดับ คือ

เป็นข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี รูปแบบของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ มีข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) คือ ทำทุกครั้ง ทำครั้งเว้นครั้ง ทำบางครั้ง ทำนานๆครั้งและไม่ปฏิบัติ

ถ้าเป็นข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน
เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน
ถ้าเป็นข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน
เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตราย จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความครอบคลุม สอดคล้องและเหมาะสมระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยใช้เทคนิค Item objective congruence index โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาหลังจากนั้นนำคะแนนที่ผู้ทรงทั้ง 3 ท่านให้คะแนนแล้วหารด้วยจำนวนผู้ทรง 3 ท่านออกมาเป็นคะแนน IOC จนครบทุกข้อโดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เกณฑ์การให้คะแนนให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 และ 1.00 โดยข้อคำถามความรู้สร้างขึ้นทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ หลังจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านตรวจสอบได้ข้อคำถามที่สามารถนำไปใช้ได้ 11 ข้อ ตัดออก จำนวน 4 ข้อเนื่องจากค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 และเลือกมาใช้จำนวน 10 ข้อที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ข้อ

คำถามเจตคติ จำนวน 10 ข้อหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 จำนวน 8 ข้อจาก 10 ข้อ ผู้วิจัยนำมาใช้สอบถามเจตคติจำนวน 8 ข้อและข้อคำถามพฤติกรรมสร้างขึ้นจำนวน 10 ข้อหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านตรวจสอบแล้วมีข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 จำนวน 5 ข้อนำแบบสอบถามที่ได้ไปเก็บข้อมูล

2. การนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ทดสอบกับกับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันจำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยยอมรับเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78 ทั้งชุดคือทั้งในส่วนความรู้ เจตคติและพฤติกรรม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติผู้บริหารในการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 แห่ง และเข้าพบผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายรวมถึงประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ และประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายงานอาชีวอนามัยซึ่งเป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงทำความเข้าใจขั้นตอน ข้อคำถาม และกลุ่มตัวอย่างให้มีความเข้าใจตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน 2565-พฤศจิกายน 2565 ได้แบบสอบถามคืนกลับมา และตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องใช้ได้ จำนวน 377 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 แห่ง เพื่อขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูลการวิจัย และขออนุญาตเข้าชี้แจงหัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการตอบแบบสอบถามการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PBEC No. 25/2565 เรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลโดยละเอียด ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่องานของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้รับมาผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยภาพรวม เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ภายหลังผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความสัมพันธ์และนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาเข้าสมการทำนายโดยใช้สถิติ Stepwise multiple Regression analysis ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายโดยใช้สถิติ Stepwise multiple Regression analysis โดยทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายก่อนโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' Product Correlation Coefficient) แล้วจึงวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัยก่อนการวิเคราะห์และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 377 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 81.2 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 37.65 ปี ($M = 37.65 \pm 12.24$) ร้อยละ 43.8 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี รองลงมา ร้อยละ 32.4 มีอายุระหว่าง 30 - 49 ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้านปัจจัยตำแหน่งงานพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.5 เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (non-professional) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (professional) ที่มากที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 15.9 ด้านปัจจัยระยะเวลาปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเฉลี่ย 13.34 ปี ($M = 13.34 \pm 10.85$) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 30.5 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ 5 ปีลงมา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 377)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	
	(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	306	81.2
ชาย	70	18.6
อายุ (ปี) $M = 37.65 \pm 12.24$		
18-29	89	23.6
30-49	122	32.4
50-59	165	43.8
≥ 60	1	0.2

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	108	28.6
ปริญญาตรี	246	65.3
สูงกว่าปริญญาตรี	23	6.1
ตำแหน่งงาน		
ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (non professional)	247	65.5
บุคลากรทางการแพทย์ (professional)	130	34.5
1) แพทย์	4	1.1
2) พยาบาลวิชาชีพ	60	15.9
3) เภสัชกร	42	11.1
4) นักเทคนิคการแพทย์	24	6.4
ระยะเวลาปฏิบัติงาน $\bar{X} = 13.34 \pm 10.85$		
≤ 5 ปี	115	30.5
6 - 10 ปี	74	19.6
11 - 15 ปี	58	15.4
16 - 20 ปี	22	5.8
21 - 25 ปี	35	9.3
26 - 30 ปี	37	9.8
> 30 ปี	36	9.6

2 ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ (knowledge) เฉลี่ย 9.40 คะแนน ($M=9.40 \pm 1.21$) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 93.9 มีความรู้ระดับสูง ค่าคะแนนเจตคติ (attitude) เฉลี่ย 34.14 คะแนน ($M=34.14 \pm 4.35$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.0 มีเจตคติในระดับสูง ค่าคะแนนการปฏิบัติ (practice) เฉลี่ย 22.95 ($M=22.95 \pm 3.76$) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 90.2 มีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง (n= 377)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนความรู้ (knowledge) M= 9.40 ± 1.21		
ความรู้ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	2	0.5
ความรู้ระดับปานกลาง (4-7 คะแนน)	21	5.6
ความรู้ระดับสูง (8-10 คะแนน)	354	93.9
คะแนนเจตคติ (attitude) M= 34.14 ± 4.35		
เจตคติระดับต่ำ (8-13 คะแนน)	3	0.9
เจตคติระดับปานกลาง (14-27 คะแนน)	12	3.1
เจตคติระดับสูง (28-40 คะแนน)	362	96.0
คะแนนพฤติกรรม (practice) M= 22.95 ± 3.76		
พฤติกรรมไม่ถูกต้อง (5-12 คะแนน)	9	2.4
พฤติกรรมระดับพอใช้ (13-19 คะแนน)	28	7.4
พฤติกรรมถูกต้อง (20-25 คะแนน)	340	90.2

3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลคือ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=122, P<.05$) แต่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้และพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย โดยไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.223, P<.01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.186, p<.01$) ปัจจัยด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.092, p=.07$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. เพศ	1							
2. อายุ	.046	1						
3. ระดับการศึกษา	.122*	.090	1					
4. ตำแหน่งงาน	-.114*	-.053	-.185**	1				
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	.134**	.664**	.067	-.202**	1			
6. ความรู้	.068	-.051	.077	.001	-.092	1		
7. เจตคติ	-.027	.000	.122*	-.104	.040	.223**	1	
8. พฤติกรรม	-.013	.026	-.077	.089	-.028	.186**	.092	1

*p ≤ 0.05 **p ≤ 0.01

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับของเสียสารเคมีและวัตถุอันตราย พบว่า ความรู้สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ได้ร้อยละ 38.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2=.387$, $Adj.R^2=.374$, $p<.01$) ดังสมการ $y = bx+a$ (x เป็นตัวแปรอิสระ, y เป็นตัวแปรตาม, b เป็นสัมประสิทธิ์การถดถอย, a เป็นค่าคงที่หรือจุดตัดแกน x เมื่อ $y = 0$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาล

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	F	B	Std. Error	β	t
ความรู้ในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย	.186	.387	13.403	.358	.17	.186	4.654

Constant = 17.089 ± 1.6

* P < .05, ** P < .01

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

1. บุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายถูกต้องในระดับสูงโดย พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.9 มีเจตคติในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายในระดับที่ถูกต้องร้อยละ 96.0 และมีพฤติกรรมปฏิบัติในการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายที่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.2 อาจเนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีมานาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความรู้ (knowledge) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ (attitude) ในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย ($r=.223, P<.01$) และพฤติกรรม (practice) ในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย ($r=.186, p<.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของภักดีมา ตาลประสาท (2558) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์กับการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย สอดคล้องกับการศึกษาของช่อกลีบ ฤทธิเดช และเนสินี ไชยเอีย ซึ่งพบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการกำจัดยาเคมีบำบัดในระดับปานกลาง มีทัศนคติในระดับสูง แต่มีพฤติกรรมในการกำจัดขยะที่เป็นยาเคมีบำบัดในระดับต่ำ (ช่อกลีบ ฤทธิเดช และเนสินี ไชยเอีย, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ A. B. Hassan et, al. ที่พบความสัมพันธ์ของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการจัดการขยะของโรงพยาบาลของประเทศปากีสถาน ($p<.05$) (A. B. Hassan, M. H. Zia, A. B. Khawaja, 2020)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สามารถทำนายพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลได้ร้อยละ 38.7 สอดคล้องกับการศึกษาของภักดีมา ตาลประสาท (2558) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์กับการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย (ภักดีมา ตาลประสาท, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของช่อกลีบ ฤทธิเดช และเนสินี ไชยเอีย ซึ่งพบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการกำจัดยาเคมีบำบัดในระดับปานกลาง มีทัศนคติในระดับสูง แต่มีพฤติกรรมในการกำจัดขยะที่เป็นยาเคมีบำบัดในระดับต่ำ (ช่อกลีบ ฤทธิเดช และเนสินี ไชยเอีย, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ A. B. Hassan et, al. ที่พบความสัมพันธ์ของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการจัดการขยะของโรงพยาบาลของประเทศปากีสถาน ($p<.05$) (A. B. Hassan, M. H. Zia, A. B. Khawaja, 2020)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี เกี่ยวกับการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความ

ปลอดภัยในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย โดยบุคลากรที่มีความรู้ในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายถูกต้องมากกว่า จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายถูกต้องมากกว่าบุคลากรที่มีความรู้ต่ำกว่า ซึ่งสามารถอธิบายตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom ที่กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมมีองค์ประกอบคือ พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) การใช้ความคิด และพัฒนาด้านสติปัญญา พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก (Affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตของบุคคล และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกหรือพฤติกรรมที่สังเกตได้ ในสถานการณ์หนึ่งๆ โดยที่พฤติกรรมแต่ละด้านนั้นมีความสัมพันธ์กัน จึงสรุปได้ว่า ความรู้ในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคลากรโรงพยาบาล มีเจตคติและพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย ที่ถูกต้องส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมา การที่บุคลากรโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายเพิ่มเติม เข้ามาใหม่ร่วมกับความรู้ที่มีอยู่เดิมจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายดีขึ้นแล้วสร้างแบบแผนการปฏิบัติของตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1) ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงและความรู้ (knowledge) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ (attitude) และพฤติกรรม (practice) ในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายของบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี จึงควรมีมาตรการในการจัดกิจกรรมให้คงรักษาระดับความรู้ที่มีในระดับสูงและส่งเสริมให้บุคลากรโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายได้รับความรู้ใหม่ทันเหตุการณ์ และมีความรู้ตามมาตรฐานการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย

2) ควรมีการจัดโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายในรูปแบบของ Up skill/ Re skill กรณีที่มีการปรับเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานหรือมีการรับสารเคมีชนิดใหม่เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องได้มาตรฐานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานส่งผลต่อพฤติกรรมที่ถูกต้องในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย

3) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดทำแนวทาง/มาตรฐานคู่มือในการจัดการความรู้ให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายในโรงพยาบาลที่สามารถสืบค้นได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตรายในบุคลากรโรงพยาบาลในพื้นที่ที่บริบทแตกต่างกัน

2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย โดยศึกษาตัวแปรที่แตกต่างกันเช่น มาตรการกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในการจัดการของเสีย สารเคมีและวัตถุอันตราย

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังภัยด้านสารเคมี ปี 2563 รอบ 6 เดือนแรก: นนทบุรี
- กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2565) รายงานสถานการณ์บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ปี 2565 รอบ 6 เดือนหลัง. เพชรบุรี.
- ช่อกลีบ ฤทธิเดช และ เนสินี ไชยเอีย. (2564). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานกับยาเคมีบำบัดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(4), 444-450.
- ณัฐภรณ์ หลาวทอง. (2559). *การสร้างเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร
- พรณี ลีกิจวัฒน์. (2559). *วิธีการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร
- ภักธีมา ตาลประสาท. (2558). *การพัฒนาระบบการจัดการของเสียสารเคมีและวัตถุอันตรายของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: Avid McKay Company.
- Hassan, M. H. Zia, A. B. Khawaja. (2020). Knowledge, Attitude and Practices regarding Biomedical Waste Management among Health Care Professionals of Private Sector Hospitals in Pakistan. *International Journal of Business and Economic Affairs (IJBEA)*, 5(6), 272-280.
- Cronbach, L . J . (1990). *Cronbach's Alpha Coefficient* :202-204
- Yamane , Taro.(1973). *Statistics: and Introductory Analysis*. 2rd ed. New York : Harper and Row.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรี

ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, วท.ม.*, สุทธิพร มุลศาสตร์, ส.ด.*

ชูชาติ พ่วงสมจิตร, ค.ด.** และกาญจนา ศรีสวัสดิ์, ค.อ.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อศึกษาอิทธิพลในการทำนายของปัจจัยอายุ ความตระหนักรู้ ความรู้ในการป้องกันโรค ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่นับถือศาสนาอิสลามอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 107 คน ซึ่งถูกสุ่มแบบมีระบบจากครัวเรือนที่มีสตรีมุสลิมอาศัยอยู่ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความตระหนักรู้ ส่วนที่ 3 ความรู้ในการป้องกันโรค ส่วนที่ 4 ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และส่วนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามส่วนที่ 2-5 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .96-1.00 ส่วนความรู้ในการป้องกันโรคมีค่าความเที่ยงคูเดอร์ริชาร์ดสัน .80 ส่วนความตระหนักรู้ ความต้องการเรียนรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .78, .92 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และอายุ ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถทำนาย พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยสามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 25.6

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรค โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สตรีมุสลิม

*รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Corresponding: sutteeporn@yahoo.com

Predictive Factors to Preventive Behaviors toward Coronavirus 2019 Infection of Muslim Women in Nonthaburi Province

Duangkamol Pinchaleaw, M.Sc., Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.

Choochat Phuangsomjit, Ed.D. & Kanjana Srisawad, Tech. Ed.D.

Abstract

The descriptive correlational research aims to study preventive behaviors toward coronavirus infection and to investigate the predicted power of age, awareness, knowledge related to infectious prevention, and participation learning needs, to preventive behaviors toward coronavirus infection in Muslim women.

The sample included 107 Muslim women aged 20–59 living in Pak Kret District, Nonthaburi Province. They were selected from Muslim women's houses by systematic random sampling. The research tool was a questionnaire comprised of five sections: personal data, awareness, infectious prevention knowledge, participation learning needs, and preventive behaviors toward coronavirus infection. The content validity indexes (CVI) of the second to fifth sections were .96–1.00. The knowledge reliability of Kuder Richardson-21 was .80. Cronbach's alpha coefficients of awareness, participation, and learning need were .78, .92, and .97, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that preventive behaviors toward coronavirus infection among Muslim women in total were at a good level. The predictive factors of preventive behaviors toward coronavirus infection were age, knowledge related to infectious prevention, and participation in learning at the significant level .01. The predictive power accounted for 25.6 of the variances.

Keywords: Preventive Behaviors Coronavirus 2019 Muslim Women

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถูกค้นพบเป็นครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และมีการระบาดทั่วโลก (pandemic) จนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย เริ่มมีการระบาดมาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จนในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (กองระบาดวิทยาและกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยการระบาดได้รุนแรงมากขึ้นตลอดปี พ.ศ. 2563 ถึงปลายปี พ.ศ. 2565 การระบาดของโรคจึงเริ่มสามารถควบคุมได้ ทั้งนี้เพราะประชาชนส่วนใหญ่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคจากการได้รับวัคซีนป้องกันโรคมาตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 จนถึงปัจจุบัน

จังหวัดนนทบุรี เป็นจังหวัดที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากอยู่ในระดับต้นๆ ของประเทศ โดยพบผู้ติดเชื้อสะสม ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565 รวม 60,654 คน มีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.03 (ศูนย์ปฏิบัติการเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดนนทบุรี, 2566) โดยจังหวัดนนทบุรีมีประชากรทั้งหมด 937,678 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี ถึงร้อยละ 61.69 โดยพบเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (DOH Dashboard กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม การสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการอิสลาม ประจำจังหวัดนนทบุรี พบประชาชนชาวมุสลิม จำนวน 29,716 คน ซึ่งเป็นกลุ่มสตรีมุสลิม จำนวน 15,087 คน (ดิเรก วันแอะและและอภินันท์ วันแอะและ, 2565) โดยนับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคนี้เป็นต้นมา ความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชาชนได้รับผลกระทบอย่างมาก เนื่องจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วและกว้างไกล โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมที่มีการชุมนุมกันเป็นประจำ ดังเช่นประชาชนมุสลิมที่มักจะมาชุมนุมทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มใหญ่ในวันละหมาด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ การทักทายกัน (สลาม) มักจะแสดงด้วยการสัมผัสมือ การสวมกอด การสัมผัสแก้ม และการทำละหมาดจะมีการก้มลงกราบโดยให้หน้าผากและจมูกจรดพื้น วันละ 5 ครั้ง ซึ่งชาวมุสลิมไปชุมนุมรวมตัวกันที่มัสยิดที่เป็นศูนย์รวมทางจิตวิญญาณทุกสัปดาห์ จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ไวรัส 2019 ได้ง่าย ถึงแม้ว่าในช่วงที่มีการระบาดของโรคนี้ ผู้นำองค์กรศาสนาอิสลามได้ตอบสนองต่อนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการประกาศให้ประชาชนมุสลิมปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 เช่น ในการทักทายหรือสลามให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสระหว่างบุคคล ดูแลรักษาความสะอาดในศาสนสถานเช่น การใช้แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อและตรวจวัดอุณหภูมิก่อนเข้ามัสยิด การงดใช้อาบน้ำละหมาดรวม งดเว้นกิจกรรมทางสังคมต่างๆ การรักษาความสะอาดของบุคคล เช่น การใส่หน้ากากอนามัยขณะละหมาด และการงดรับประทานอาหารแบบถาดรวม การกักตัว 14 วัน ในกรณีของผู้เดินทางหรือกลับจากการไปแสวงบุญจากต่างประเทศ

เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรมเช่นนี้นับว่ายากต่อการปฏิบัติ เพราะเป็นความเชื่อและความศรัทธาที่ปฏิบัติกันมาเป็นเวลานาน

นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และรัฐบาลได้ผ่อนคลายมาตรการการกักตัวและการปิดพื้นที่ (lockdown) แต่โรคนี้ยังจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเพราะเชื้อไวรัส SAR-COV-2 มีการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความรุนแรงในกลุ่มเปราะบางที่เรียกว่ากลุ่ม 608 เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งกลุ่มสตรีเป็นทั้งกลุ่มที่มีความเปราะบางและเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคโควิด-19 เป็นอย่างมาก เพราะสตรีมีบทบาทหลักในการดูแลครอบครัว ซึ่งจำเป็นต้องมีวิถีชีวิตที่ต้องออกไปพบปะผู้คนแม้กระทั่งในช่วงล็อกดาวน์ (lockdown) หรือช่วงที่มีมาตรการห้ามออกจากที่พักอาศัย สตรียังจำเป็นต้องออกไปตลาดหาซื้อวัตถุดิบมาประกอบอาหารและดูแลสมาชิกในครอบครัว ดังการศึกษาพบว่าในช่วงที่มีการระบาดทั่วโลก สตรีชาวอินโดนีเซียออกไปยังสถานที่ที่มีคนหนาแน่นมากกว่าผู้ชาย (Muslih, Susanti, Rias, & Chung, 2021) นอกจากนี้แล้วสตรีส่วนมาก (ร้อยละ 70) ยังประกอบอาชีพที่ต้องให้บริการด้านหน้าเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน พนักงานทำความสะอาด พยาบาล ผดุงครรภ์ เป็นต้น สตรีจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าผู้ชาย (Thibaut, & van Wijngaarden-Cremers, 2021)

ดังนั้น สตรีจึงต้องมีวิธีการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันตนเองจากการติดโรคและนำมาแพร่เชื้อให้สมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้แล้ว สตรียังเป็นผู้จัดการกับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรค และการดูแลให้สมาชิกในบ้านกระทำพฤติกรรมป้องกันตนเอง สตรีมุสลิมก็เช่นเดียวกันที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่ายจากวิถีชีวิตและวัฒนธรรมดังกล่าว ดังนั้น สตรีมุสลิมจึงจำเป็นต้องมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาประชาชนอินเดียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 18-24 ปี พบว่าผู้หญิงมีความรู้ในเรื่องอาการของโรคน้อยกว่าผู้ชาย ความรู้ของผู้หญิงอินเดียจะแปรผันตามระดับการศึกษา ถิ่นฐานที่อาศัยอยู่ และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว และผู้หญิงอินเดียจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 น้อยกว่าผู้ชาย (Pinchoff, Santhya, White, Pampal, Acharya, & Ngo, 2020) แต่ในประเทศปาเลสไตน์ ผู้หญิงมีความตระหนักรู้และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าผู้ชาย (Qutob & Awartani, 2021) ส่วนในประเทศซาอุดีอาระเบีย แม้ว่าผู้ชายมีความตระหนักรู้ดีกว่าผู้หญิง แต่ผู้หญิงมีการปฏิบัติที่ดีกว่าผู้ชาย โดยการศึกษาของออร์ฟาและคณะ (Iorfa, et al., 2020) พบว่าอายุและความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีในจอร์เจียได้

ในประเทศไทย การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีมุสลิมนั้นยังมีไม่มากนัก มีการศึกษาของกฤษฎา พรหมมุณี (2565) ที่พบว่าพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในอำเภอยะหา จังหวัดยะลา อยู่ในระดับปานกลาง โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย การศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

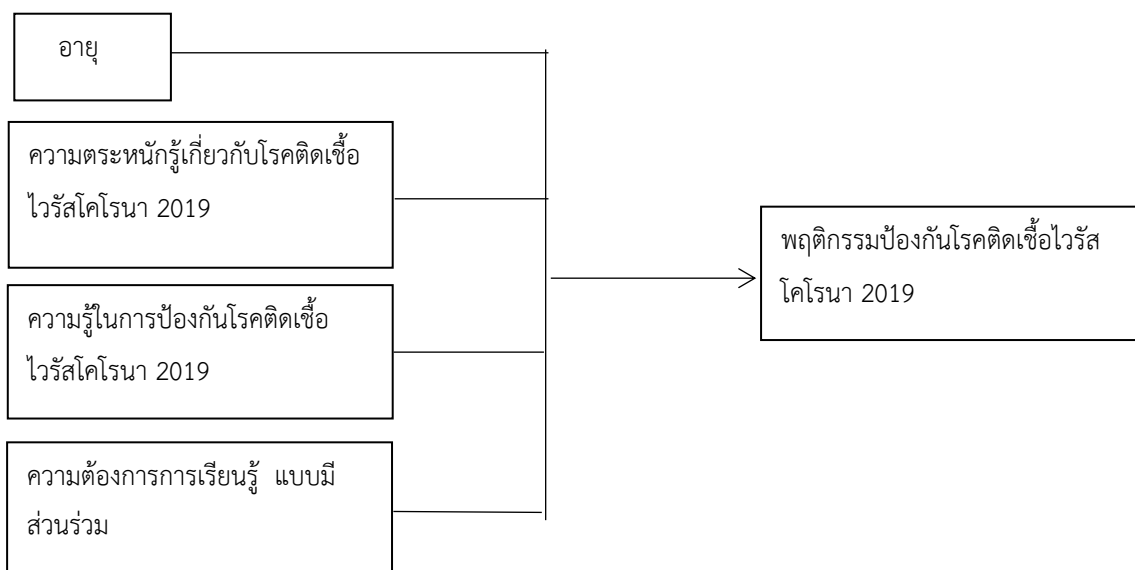
ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนามากเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย การศึกษานี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ของ David A. Kolb (Kolb, 1984,) ที่เชื่อว่าบุคคลมีการเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ โดยการบูรณาการประสบการณ์ (experience) การรับรู้ (perception) การคิดรู้ (cognition) และพฤติกรรม (behavioral) เข้าด้วยกัน การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิมในการศึกษานี้ จึงเชื่อว่าเกิดจากกระบวนการของการรับรู้ที่ประเมินได้จากความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การคิดรู้ประเมินได้จากความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเปิดโอกาสให้ตนเองมีประสบการณ์ใหม่เข้ามา รวมทั้งปัจจัยอายุที่สะท้อนถึงจำนวนปีที่สตรีมุสลิมได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรครวมทั้งการดำเนินชีวิตภายใต้วัฒนธรรมที่ได้ปฏิบัติสืบกันมา ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่สำคัญในการนำไปใช้ออกแบบกลวิธีหรือโปรแกรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับกลุ่มสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลในการทำนายของปัจจัยอายุ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสตรีที่นับถือศาสนาอิสลามในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 15,087 คน (ดิเรก วันแฉะ และอภินันท์ วันแฉะ, 2565) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่นับถือศาสนาอิสลาม อายุ 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งพื้นที่อำเภอปากเกร็ดถูกเลือกอย่างเจาะจงให้เป็นพื้นที่ในการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชากรชาวมุสลิมอาศัยอยู่มากที่สุดในจังหวัดนนทบุรี โดยเฉพาะตำบลท่าอิฐเป็นพื้นที่แรกที่ชาวมุสลิมอพยพขึ้นจากเรือมาตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่ตั้งแต่อดีตก่อนที่จะขยายไปยังตำบลและอำเภออื่น ในอำเภอปากเกร็ดจึงมีสตรีมุสลิมอาศัยอยู่แทบจะทุกครัวเรือนใน 2 ตำบลได้แก่ ตำบลท่าอิฐและตำบลบางตลาด โดยในตำบลท่าอิฐมีจำนวน 2,966 คน ตำบลบางตลาดจำนวน 1,571 คน รวมเป็น 4,537 คน นอกจากนั้นตำบลอื่นมีคนไทยที่นับถือศาสนาพุทธอาศัยอยู่เป็นหลัก ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลใน 2 ตำบลนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้โปรแกรม G*power โดยใช้ Statistical test แบบ Linear multiple regression: Fixed model, single regression coefficient กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.229 ซึ่งคำนวณมาจากการวิจัยของกฤษฎา พรหมมุณี (2565) กำหนดตัวแปร 5 ตัวแปร alpha error probability .01 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 76 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้นำมาจึงแจกแบบสอบถามไป 115 ชุด แต่ได้กลับมา 107 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.04

กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling) จากครัวเรือนที่มีสตรีมุสลิมอาศัยอยู่ในทั้งสองตำบล โดยสุ่มครัวเรือนที่มีสตรีอาศัยอยู่วัน 1 ครัวเรือน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นสตรีอายุ 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีมานานกว่า 1 ปี 2) อ่านภาษาไทยออกเขียนได้ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ และขอถอนตัวจากการตอบแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบและสมัครใจตอบแบบสอบถามมีจำนวน 107 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างสตรีในตำบลท่าอิฐจำนวน 50 คน และตำบลบางตลาด จำนวน 57 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการได้รับวัคซีน แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของสตรีมุสลิมที่รับรู้ได้ว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความจำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะแบบมาตราประมาณค่า (rating

scale) คำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การให้คะแนนมีตั้งแต่ 1-5 คะแนนโดยทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก การแปลผลค่าเฉลี่ยเป็นระดับ ได้แก่ 1.00-1.50 หมายถึง สตรีมุสลิมมีความตระหนักรู้ในระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง ระดับดีมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง ระดับดีมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความจำและความเข้าใจในเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเรื่องสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการปฏิบัติเมื่อสงสัยว่าจะติดโรค มีจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามที่มีลักษณะแบบถูก-ผิด คำตอบมี 3 ระดับ ได้แก่ ถูกต้อง ไม่แน่ใจ และไม่ถูกต้อง การให้คะแนนเป็น 1 ในข้อที่ตอบคำถามได้ถูกต้อง และ 0 คะแนนในข้อที่ตอบคำถามได้ไม่ถูกต้องและตอบว่าไม่แน่ใจ การแปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 (1-9 คะแนน) หมายถึง สตรีมุสลิมมีความรู้ไม่ค่อยดี คะแนนรวมร้อยละ 60-80 (1-12 คะแนน) หมายถึง ความรู้ปานกลาง และคะแนนรวมร้อยละ 81-100 (13-15 คะแนน) หมายถึง ความรู้ดีมาก

ส่วนที่ 4 ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความต้องการในการแสวงหาความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล หรือกลุ่มคนเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเมินโดยแบบสอบถามที่มีลักษณะแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) คำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยเป็นระดับ ได้แก่ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการกระทำที่มีจุดมุ่งหมายในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การปฏิบัติโดยทั่วไปตามมาตรการการป้องกันโรค จำนวน 17 ข้อ การปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อ จำนวน 4 ข้อ การดูแลตนเองโดยทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2019 จำนวน 9 ข้อ รวมเป็น 30 ข้อ แบบสอบถามที่มีลักษณะแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) คำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ การให้คะแนนมีตั้งแต่ 1-5 คะแนนโดยทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก การแปลผลค่าเฉลี่ยเป็นระดับ ได้แก่ 1.00-1.50 หมายถึง สตรีมุสลิมมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นในระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง ระดับดีมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง ระดับดีมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 อยู่ระหว่าง .96-1.00 และแบบสอบถามถูกทดลองใช้ (try out) กับสตรีมุสลิมในตำบลบางตลาด อำเภอบางบาล จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน แบบสอบถามส่วนความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเที่ยง Kuder Richardson-21 เท่ากับ .80 และส่วนความตระหนักรู้

ความต้องการเรียนรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78, .97 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่งได้หนังสือรับรอง เลขที่ 15/2565

2. การขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตองค์กรศาสนาอิสลามคือ คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดนนทบุรี และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทำอิฐ เทศบาลอำเภอปากเกร็ด สาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด เพื่อเข้าดำเนินการวิจัยกับกลุ่มเปราะบางชาวมุสลิมในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

3. การเตรียมพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลทำอิฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำอิฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประเสริฐอิสลาม ผู้นำศาสนามุสลิมประจำมัสยิดทำอิฐ ผู้นำศาสนามุสลิมประจำมัสยิดประเสริฐอิสลาม และผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และสถานที่ดำเนินการวิจัย

4. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่นับถือศาสนาอิสลาม โดยผู้วิจัยประชุมชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยที่เป็น อสม. เป็นผู้อธิบายรายละเอียดของงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสตรีมุสลิมที่บ้าน ก่อนสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงให้เซ็นต์หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความสะดวกในระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการตอบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จแล้ว ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามและส่งคืนให้ผู้วิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสตรีมุสลิมจะถูกสุ่มครัวเรือนเว้นครัวเรือน เพื่อให้ครัวเรือนกระจายครอบคลุมชุมชนทั้งหมด การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

6. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลความครบถ้วนของในแบบสอบถามก่อนทำการวิเคราะห์ พบว่าข้อมูลในส่วนรายได้ไม่สมบูรณ์ เพราะกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มีรายได้ บางส่วนไม่ต้องการตอบ และบางส่วนประเมินไม่ได้ เพราะรายได้ไม่แน่นอนในช่วงการแพร่ระบาดของโรค ข้อมูลในส่วนนี้จึงไม่สามารถทำการวิเคราะห์ได้ แบบสอบถามถูกส่งไปเก็บข้อมูลจำนวน 115 ชุด ได้กลับคืนมา 107 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา และใช้สถิติการวิเคราะห์การ

ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของตัวแปรอิสระต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยนี้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยในคน สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ความยุติธรรม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากงานวิจัย และความไม่ลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือเลือกปฏิบัติ ซึ่งการเก็บข้อมูลดำเนินการหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (หนังสือเลขที่ 15/2565) โดยวันที่ให้การรับรองคือวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2565 ถึงวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2566 ในการเก็บข้อมูล อสม. ที่เป็นผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นต์หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแบบสอบถามถูกบรรจุในซองเอกสาร ไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างไว้ที่แบบสอบถามหรือหน้าซองเอกสาร กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของสตรีมุสลิม

กลุ่มตัวอย่างสตรีมุสลิมส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 34.58 รองลงมาคืออายุ 40-49 ปี ร้อยละ 33.64 นอกนั้นมีอายุน้อยกว่า 40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 43.34 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.13) สถานภาพสมรส ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 47.66 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 39.25 การศึกษาส่วนมากจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 29.80 รองลงมาจบปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 19.20 และอนุปริญญา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 18.30 มีสตรีมุสลิมที่ไม่ได้เรียนหนังสือเพียง 3 คน (ร้อยละ 2.90) สตรีมุสลิม ร้อยละ 37.38 ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมา ร้อยละ 22.43 ประกอบอาชีพแม่บ้าน และร้อยละ 18.69 ค้าขาย มีสตรีมุสลิมที่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 17.76 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสตรีมุสลิมในเขตปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 107)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
18-29	16	14.95
30-39	18	16.82
40-49	36	33.64
50-59	37	34.58
สถานภาพสมรส		
โสด	42	39.25
คู่	51	47.66
หม้าย หย่า แยก	14	13.09

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	2.90
ชั้นประถมศึกษา	32	29.80
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	16	15.40
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	15	14.40
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.,	20	18.30
ปริญญาตรีและสูงกว่า	21	19.20
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	17.76
แม่บ้าน	24	22.43
รับจ้าง	40	37.38
ค้าขาย	20	18.69
อื่น ๆ	4	3.74

2. พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม

พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยด้านที่ดีมากที่สุดคือการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยความตระหนักรู้ ความรู้ และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสตรีมุสลิม (n = 107)

ปัจจัย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	M	SD	การแปลผล
1. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	1.00	5.00	4.45	0.59	ดีมาก
2. ความรู้ในการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	6.00	14.00	11.83	1.96	ปานกลาง
3. ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	1.30	5.00	3.23	0.75	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม
(n = 107)

พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	M	SD	การแปลผล
1. การปฏิบัติโดยทั่วไปตาม มาตรการการป้องกันโรค	1.94	5.00	4.37	0.54	ดีมาก
2. การปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสกับกลุ่ม เสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อ	3.00	5.00	4.59	0.47	ดีมากที่สุด
3. การดูแลตนเองโดยทั่วไปเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อโควิด 2019	2.78	5.00	4.45	0.54	ดีมาก
พฤติกรรมโดยรวม	3.00	5.00	4.42	0.48	ดีมาก

3. อิทธิพลในการทำนายของปัจจัยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม

การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม แสดงดังตารางที่ 4 พบว่าตัวแปรความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อายุ และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยปัจจัยทั้งสามร่วมกันอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 25.6 (R^2 adjusted = 0.256) ซึ่งสมการพยากรณ์เขียนในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 = 2.287 + 0.099 (ความรู้) + 0.001 (อายุ) + 0.147 (ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม)

และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานเขียนได้ดังนี้

$$Z_{\text{พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019}} = 0.407 (Z_{\text{ความรู้}}) + 0.266 (Z_{\text{อายุ}}) + 0.228 (Z_{\text{ความต้องการการเรียนรู้}})$$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	Beta	t-value	p value
ค่าคงที่	2.287	0.350	-	6.536	<0.001
ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.099	0.021	0.407	4.615	<0.001
อายุ	0.001	0.000	0.266	3.072	0.003
ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	0.147	0.057	0.228	2.590	0.011
R = 0.527 R ² = 0.278 R ² adjusted = 0.256 F = 12.958 p-value = <.001 Durbin-Watson = 1.987					

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม

พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยด้านที่ตีมากที่สุดคือ การปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อ ส่วนด้านการปฏิบัติโดยทั่วไปตามมาตรการการป้องกันโรคและการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 2019 อยู่ในระดับดีมาก

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ได้ว่า สตรีมุสลิมได้ผ่านประสบการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาตั้งแต่ พ.ศ. 2563 จนถึงช่วงเก็บข้อมูล นับเป็นเวลาเกือบ 3 ปี จึงเกิดการสะสมประสบการณ์มาตลอดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ สมาร์ทโฟน และช่องทางการสื่อสารผ่านโปรแกรมต่างๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพสบุ๊ค เป็นต้น จึงทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ในระดับดีมาก ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคที่ปฏิบัติได้ในระดับดีที่สูงสุด ($M > 4.50$) ได้แก่ การป้องกันการแพร่เชื้อเมื่อไอหรือจาม การสวมหน้ากากอนามัย การตรวจวัดอุณหภูมิ การสังเกตความผิดปกติ การไม่ใช้สิ่งของร่วมกัน การดูแลความสะอาดในบ้าน การดูแลให้อากาศถ่ายเท การรับประทานอาหารที่สุกใหม่และใช้ช้อนกลาง และการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งข้อมูลข่าวสารเหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขได้ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้งสื่อบุคคลในพื้นที่ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัคร. รวมทั้งการใช้มาตรการทางสังคมต่างๆ สตรีมุสลิมจึงเกิดการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการปฏิบัติโดยทั่วไปตามมาตรการการป้องกันโรค และการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 2019 ยังไม่ถึงระดับดีมากที่สุด สตรีมุสลิมจึงควรได้รับการพัฒนาโดยการสร้างประสบการณ์ที่เหมาะสมให้สตรีมุสลิมต่อไป โดยเฉพาะพฤติกรรมล้างมือให้ครบ 7 ขั้นตอน ที่ยังมีคะแนนไม่สูงมากนัก ($M=3.88$, $SD=1.22$) และการออกกำลัง

กายซึ่งได้คะแนนน้อยที่สุด ($M=3.58$, $SD=1.26$) บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพจึงควรมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ให้กำลังใจในการปฏิบัติตน ร่วมแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ โน้มน้าว และสื่อสารให้เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคซึ่งเป็นบทบาทสำคัญในการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (สุทธิพร มุลศาสตร์, 2563) ผลการศึกษานี้พบว่า ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่การศึกษาของกฤษฎา พรหมมณี (2565) พบพฤติกรรมมีส่วนร่วมของประชาชนในอำเภอยะหา จังหวัดยะลา ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย จะเห็นได้ว่าสตรีมุสลิมที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรีซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองที่มีความเสี่ยงสูงมีความตื่นตัว และแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ในระดับดีมาก ซึ่งน่าจะดีกว่าผู้ชาย ดังการศึกษาของ Shaukat, Asghar, Naveed (2021) ที่พบว่า นักศึกษาหญิงในประเทศปากีสถานมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่านักศึกษาชาย ดังนั้นผู้หญิงที่อาศัยอยู่สามิและบุตรนอกจากจะต้องแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีแล้ว ยังต้องดูแลบุคคลในครอบครัวให้แสดงพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมด้วย เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในครอบครัว

2. อิทธิพลในการทำนายของปัจจัยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีมุสลิม ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อายุ และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ระดับนัยสำคัญ .01 โดยสามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 25.6 ที่ระดับนัยสำคัญ .01

ผลการศึกษาอธิบายได้ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ได้ว่าการคิดรู้ (cognition) โดยปัจจัยความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นความจำและความเข้าใจในเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการปฏิบัติเมื่อสงสัยว่าจะติดโรคนั้น มีส่วนช่วยให้สตรีชาวมุสลิมนำไปใช้ในการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้มาจนอยู่ในระดับดีมาก ส่วนปัจจัยอายุที่สะท้อนถึงการสั่งสมประสบการณ์การเรียนรู้ (experience) และวุฒิภาวะของสตรีนั้น ทำให้สตรีสามารถนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคได้เช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่าสตรีมุสลิมที่มีอายุยิ่งมากจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับดีมากขึ้น นอกจากนี้ความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning need) นั้น เป็นการคิดรู้ถึงความต้องการที่จะแสวงหาความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สตรีมุสลิมที่ประสงค์จะเรียนรู้มากเท่าใดทำนายได้ว่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามสตรีมุสลิมยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้มากขึ้น เพราะทั้งสองปัจจัยนี้ยังอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ถ้าพัฒนาปัจจัยทั้งสองให้อยู่ในระดับดีมากที่สุดจะทำนายได้ว่าพฤติกรรมป้องกันโรคของสตรีมุสลิมย่อมดีขึ้นตามไปด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของออร์ฟาและคณะ (Iorfa, et al., 2020) ที่พบปัจจัยอายุและความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของสตรีในจอร์เจียได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้และ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของประชาชนในจี้เรียมีความสัมพันธ์กันในทางบวก จึงอธิบายได้ว่าสตรีมุสลิมกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ย่อมรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค สตรีมุสลิมจึงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคให้ดีขึ้น รวมทั้งการศึกษาพบว่า ความรู้ของประชาชนชาวอินโดนีเซียมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน โดยเพศหญิงจะชอบสวมหน้ากากอนามัยมากกว่าเพศชาย (Muslih, Susanti, Rias, & Chung, 2021) ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้หญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มากกว่าผู้ชาย ดังการศึกษาของ Rezakhani Moghaddam, Ranjbaran Ranjbaran, & Babazadeh (2022) ที่พบว่า ผู้หญิงในประเทศอิหร่านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเทคโนโลยี (e-health literacy) ดีกว่าผู้ชาย และการที่ผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าผู้ชายอาจเกิดจากการชอบค้นหาข้อมูล การประเมินและการนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ (perception) โดยเป็นความเชื่อ/ความรู้สึกนึกคิดที่สตรีรับรู้ได้ว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และรับรู้ถึงความจำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประเมินได้จากปัจจัยความตระหนักรู้ที่นั้นไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้ อาจเป็นเพราะสตรีมุสลิมได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคนานเกิน 3 ปี จนเกิดความเคยชินว่าโรคนี้มีความสำคัญ ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยของความตระหนักรู้ที่อยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 2) จึงทำให้ปัจจัยความตระหนักรู้ไม่มีความผันแปรในกลุ่มสตรีมากนักจึงไม่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำเครื่องมือในการศึกษาไปใช้ประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มสตรีมุสลิมพื้นที่อื่นหรือกลุ่มอื่นเช่น กลุ่มเปราะบาง เป็นต้น
2. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มสตรีมุสลิมในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มมุสลิมอื่นเช่น เด็ก ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยเพิ่มปัจจัยอื่นเช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
2. ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มสตรีมุสลิม โดยการพัฒนาความรู้และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รวมทั้งปัจจัยอื่นที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติกรรมประกาศ

ข้อมูลจากงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเปราะบางชาวมุสลิม อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณผู้นำศาสนาอิสลามและกลุ่มสตรีในจังหวัดนนทบุรีที่ให้การช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยาและกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย. นนทบุรี: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- กฤษฎา พรหมมณี. (2565). พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19): กรณีศึกษาตำบลยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดิเรก วันแฉะ และอภินันท์ วันแฉะ. (2565). ข้อมูลสรุปในจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดนนทบุรี. (เอกสารอัดสำเนา)
- ศูนย์ปฏิบัติการเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดนนทบุรี. (2566). ข้อมูลสถานการณ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนนทบุรี. <http://www.nonthaburi.go.th>.
- สุทธิพร มูลศาสตร์. (2563). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(2), 141-156.
- DOH Dashboard กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ปริมาณประชากร นนทบุรี ปี 2565. <http://www.moph.go.th>
- Iorfa, S. K., Ottu, I. F. A., Oguntayo, R., Ayandele, O., Kolawole, S. O. Gandi, J. C...& Olapegba, P. O. (2020). COVID-19 knowledge, risk perception, and precautionary behavior among Nigerians: A moderated mediation approach. *Front Psychol*, 11, 1-10.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall. <http://www.learningfromexperience.com>.
- Rezakhani Moghaddam, H., Ranjbaran, S., & Babazadeh, T. (2022). The role of e-health literacy and some cognitive factors in adopting protective behaviors of COVID-19 in Khalkhal residents. *Front. Public Health*, 10:916362.
- Muslih, M., Susanti, H. D., Rias, Y. A., & Chung, M.-H. (2021). Knowledge, attitude, and practice of Indonesian residents toward COVID-19: A cross-sectional survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 4473.
- Pinchoff, J., Santhya, K., White, C., Rampal, S., Acharya, R., & Ngo, T. D. (2020). Gender specific differences in COVID-19 knowledge, behavior and health effects among adolescents and young adults in Uttar Pradesh and Bihar, India. *PLoS ONE*, 15(12), e0244053, 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244053>

- Qutob, N., & Awartani, F. (2021). *Knowledge, attitudes and practices (KAP) towards COVID-19 among Palestinians during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional survey*. PLoS ONE 16(1), e0244925, 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244925>
- Shaukat, R., Asghar, A., & Naveed, M. A. (2021). *Impact of health literacy on fear of COVID-19, protective behavior, and conspiracy beliefs: University students' perspective*. Libr Philos Pract (e-journal). 4620. <https://digitalcommons.unl.edu/libphilprac/4620>
- Thibaut, F., & van Wijngaarden-Cremers, P. J. M. (2020). Women's mental health in the time of Covid-19 pandemic. *Front. Glob. Womens Health* 1:588372.

แบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับ ประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ในกลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต และโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานมีประสิทธิภาพ และส่งผลดีทางคลินิกด้านสุขภาพ โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบ การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีความแตกต่างกันทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการเปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านการจัดการความเครียด ไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ: เมตาบอลิกซินโดรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัยทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

Corresponding: montipa3819@gmail.com

A Health Literacy Lifestyle Program for Working Age People with Metabolic Syndrome, Lamae District, Chumphon Province.

Monthipa Taptaemtut

Abstract

This Research and Development (R&D) studied aimed to study the effective of a health literacy lifestyle program for working age people with metabolic syndrome at Lamae District, Chumphon Province. The sample group with metabolic syndrome, 35 people. The research tools consisted of personal information record lifestyle assessment, health literacy assessment, and Health Literacy Lifestyle Program for Working Age People with Metabolic Syndrome developed from the concept of health literacy.

The study revealed that the health literacy lifestyle program helped to improve clinical outcomes of working aged group. The sample group had the mean score comparison of the components of health literacy measurement before and after the program, statistically significant ($p < 0.05$). The comparison of healthy lifestyle patterns in terms of consumption exercise, smoking, drinking alcohol, rational drug use and prevention of metabolic syndrome. There was a statistically significant difference ($p\text{-value} < 0.05$). However, stress management section was no statistically significant difference.

Keywords: Metabolic syndrome lifestyle program health literacy Working age people

บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน 15 ปีขึ้นไป จำนวน 56.59 ล้านคน (กลุ่มงานนโยบายและแผนเศรษฐกิจการแรงงาน ระหว่างประเทศ, 2564) กลุ่มวัยทำงานเป็นวัยที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว โดยส่วนใหญ่ต้องมุ่งเน้นการทำงานเพื่อหารายได้มากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในปัจจุบันที่ต้องมีวิถีชีวิตเร่งรีบ แข่งขันกับเวลาในการประกอบอาชีพ (จริยา ทรัพย์เรือง และคณะ, 2564) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบปัญหาสุขภาพอันดับต้นคือ ปัญหาโรคจากพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 27.7 ภาวะอ้วนร้อยละ 42.4 ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 25.1 โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.0 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 ภาวะไขมัน Total cholesterol ในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 23.5 และร้อยละ 1.8 ของประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 1.3 บอกว่าเคยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต (วิชัย เอกพลาการ, 2564) ซึ่งโรคต่างๆเหล่านี้ ล้วนมีสาเหตุส่วนใหญ่จากภาวะอ้วนลงพุง หรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเมตาบอลิซึมของร่างกายเป็นปัญหาทางสุขภาพ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวานได้ โดยจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (กิตติคุณ ยั่งยืน, 2559)

องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนา ให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (รุ่งนภา อาระหัง, 2560) โดยยุทธศาสตร์สาธารณสุขมุ่งเป้าหมายให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง ด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคาม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ที่มุ่งเน้นให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส แต่จากผลการศึกษาประชาชนไทยพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน สะท้อนได้ว่าระบบบริการ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพ มีความซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจำนวนหนึ่งจะสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ การให้ความสำคัญในการส่งเสริมความรู้ของประชาชน โดยผ่านกระบวนการติดต่อสื่อสาร การส่งเสริมสุขภาพ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) ซึ่งแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ (กองสุศึกษา, 2563) ดังนั้น การจัดทำประเด็นสื่อสารหลักให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ออกแบบให้สามารถเข้าถึง เข้าใจประเด็น พร้อมทั้งนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ดี เหมาะสม โดยใช้หลักความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคล ที่ประกอบด้วยทักษะทางด้านการรู้คิด ทางด้านสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปใช้ในการรักษาสุขภาพและป้องกันโรค (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564) ปัจจุบันมีรูปแบบการสื่อสารที่เป็นไปในทิศทางการใช้อินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และ

เลือกใช้อัตราส่วนมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านสุขภาพที่ดี (วรวิภา กันบัวลา และคณะ, 2564)

ได้มีการศึกษาและใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ที่เป็นงานวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กระบวนการต่างๆ สามารถส่งผลให้เพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะ เมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ในประชากรอายุ 18–59 ปี ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร โดยวัดผลแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา

แบ่งระยะการดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาพื้นที่อำเภอละแมโดยการสำรวจข้อมูล สังเคราะห์สภาพปัญหาเชิงวิเคราะห์ในพื้นที่ อำเภอละแม มีจำนวนประชากร จำนวน 25,649 คน แบ่งเป็นประชากรวัยทำงานอายุ 18–59 ปี มีจำนวน 15,322 คิด เป็น ร้อยละ 59.73 ของประชากร และจากการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ ร้อยละ 60.93 พบว่า มีดัชนีมวลกายเกิน เกณฑ์ ร้อยละ 46.87 มีรอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 43.86 ส่วนข้อมูลด้านการเจ็บป่วยพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรวม เสียผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ประมาณ 1,500 ราย และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมเสี่ยงป่วยโรคโลหิตสูงราย ใหม่ จำนวนประมาณ 3,500 ราย และมีผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มนี้ ร้อยละ 43.76 ซึ่งในการสำรวจความ รอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรของกองสุขศึกษา ปี พ.ศ.2564 พบระดับความรู้ด้าน สุขภาพโดยรวมของประชากรอยู่ในระดับพอใช้ (ระดับคะแนน 65.66) และระดับคะแนนประเมินพฤติกรรมสุขภาพใน ภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี (ระดับคะแนน 52.35 จากคะแนนเต็ม)

ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรวัยทำงาน 18–59 ปี คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ภายใต้เงื่อนไขวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ใช้วิธี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากฐานข้อมูลการตรวจประเมิน คัดกรองสุขภาพ Health Data Center: HDC และโปรแกรมสำเร็จรูป Hosxp โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1) ประชากรวัยทำงาน อายุ 18–59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอละแม เป็นผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 782 ราย ที่เข้าเกณฑ์ประเมินตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (ใช้เกณฑ์ประเมินของสหพันธ์เบาหวานโลก: IDF, 2005) สำหรับคนเอเชีย ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ต้องมีภาวะอ้วนลงพุง (คือการมีเส้นรอบเอวเกิน มากกว่าหรือ เท่ากับ 90 เซนติเมตรในเพศชาย มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง) ร่วมกับความผิดปกติทางภาวะเมตา

บอริกซินโดรม อีกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/ หรือ มีระดับไขมันเอชดีแอลคอเลสเตอรอลต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศชายต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศหญิง และ/ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท (ค่าใด/ ค่าหนึ่งผิดปกติ ถือว่าเข้าเกณฑ์) และ/ หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

- 2) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดีมีระดับการรับรู้ปกติและสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
- 3) สามารถเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการสื่อสารการพูดและการฟัง
- 4) มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

1) มีการเจ็บป่วยหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เช่น อัมพฤกษ์/ อัมพาต หรือเกิดเจ็บป่วยในช่วงขณะศึกษาข้อมูล จนไม่สามารถร่วมการวิจัยได้

- 2) อยู่ในระยะตั้งครรภ์
- 3) มีระดับการรับรู้ผิดปกติและไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
- 4) ไม่สามารถเข้าใจภาษาไทย หรือมีปัญหาการสื่อสารการพูดและการฟัง
- 5) ไม่มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย (Withdrawal or Terminal criteria)

- 1) ผู้ร่วมวิจัยสามารถขอยุติหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแสดงเหตุผล
- 2) มีการเจ็บป่วยหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ในขณะร่วมงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนางานจากการศึกษาแนวคิด/ทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยออกแบบพัฒนาจากโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตสำหรับผู้มีภาวะเมตาบอริกซินโดรม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนา ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ด้านสุขภาพคือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น เพื่อการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ โดยในการพัฒนาโปรแกรมนี้นี้ ได้มีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการและการประเมินผล มีการปรับแก้กิจกรรมให้สัมพันธ์ต่อเนื่องกัน พัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบการสอนที่ปรับให้มีความทันสมัย ง่ายสามารถเข้าถึงได้สะดวก และมีความเฉพาะสำหรับกลุ่มวัยทำงาน สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในบริบทของชุมชน โดยครอบคลุมตามกรอบขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ครอบคลุมหลัก 3อ 2ส 1ย (ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการออกแรงเคลื่อนไหว ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการงดดื่มสุรา/ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการใช้อย่างสมเหตุผล) โดยเป็นกิจกรรมการสร้างความรู้ การดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และระบบการสื่อสารทางแอปพลิเคชันออนไลน์ โดย

มีการส่งองค์ความรู้ในรูปแบบคลิปวิดีโอ และสื่ออินโฟกราฟฟิกเข้าระบบ และกลุ่มตัวอย่างศึกษาด้วยตนเองในช่วงระยะเวลาที่สะดวก มีการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก้ปัญหาสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม รวมทั้งเสริมพลังและชื่นชม ค้นหาต้นแบบที่ดีในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิต และร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย หลังจากได้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นรูปแบบโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ได้มีการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในกลุ่มเล็ก และปรับจนได้ต้นแบบที่มีความสมบูรณ์ เหมาะสมจนสามารถนำไปใช้ทดลองได้

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินผลการวิจัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตามกิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 อบรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกรอบโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน

กิจกรรมที่ 2 การดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และระบบการสื่อสารทางแอปพลิเคชันออนไลน์ตามกรอบความรู้ด้านสุขภาพ สัปดาห์ละ 1 เรื่อง เป็นการให้ระยะเวลาศึกษาด้วยตนเอง ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดและกลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกสะดวก โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 สรุปวิเคราะห์ ประมวลผลผลลัพธ์ที่ได้ และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อรายงานและเผยแพร่เครื่องมือประเมินที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเจ็บป่วยของญาติสายตรง โรคประจำตัว การรักษา การกินยา และแบบบันทึกการตรวจร่างกายและเครื่องมือในการประเมินสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรม/ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

1) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีจำนวน 16 ข้อ

2) แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และด้านการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีจำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้โดยการพัฒนาขึ้นมาให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยการหาค่าความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวัดความความตรง (Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object

congruence: IOC) และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และปรับแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.82

2. การวัดความเที่ยง (Reliability) ซึ่งคำนวณด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในของมาตร (Internal Consistency Reliability) แบบครอนบาค (Cronbach's Alpha Formula) เป็นการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (coefficient of reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ มาทดสอบเพื่อวัดความเที่ยง (Reliability) โดยการทดสอบแบบสอบถาม (Try out) ในประชากรกลุ่มที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 30 คน ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และคำนวณวัดความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขที่ 040/ 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชากรกลุ่มตัวอย่าง วัดระดับก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้ Paired-sample t-test

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1

วิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ จากข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.57 เพศชาย ร้อยละ 11.43 ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 54-59 ปี ร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.57 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.43 อาชีพเกษตรกร ประเภณีพืชสวน พืชไร่ ร้อยละ 37.14 มีการเจ็บป่วยของญาติสายตรง ร้อยละ 77.14 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.71 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.31 ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 57.14 รับการรักษาโรคประจำตัว ร้อยละ 65.71 ผลการตรวจประเมินร่างกายพบว่า มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 100 มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 48.57 มีระดับไขมันเอชดีแอลคอเลสเตอรอล ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 28.57 มีระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 14.29 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 37.14

ขั้นตอนที่ 2

สรุปการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการเปรียบเทียบผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า

ด้านองค์ประกอบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ในด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ คะแนนร้อยละ 71.71 ส่วนองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 66.43, 68.14, 64.43 ตามลำดับ ซึ่งโดยเฉลี่ยด้านความรอบรู้โดยรวมด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 67.68 หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ด้านได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ คะแนนร้อยละ 79.71, 79.43, 78.00, 78.00 และเฉลี่ยด้านความรอบรู้โดยรวมด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี คะแนนร้อยละ 78.79

ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี 2 ด้านได้แก่ ด้านการบริโภคเช่น รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารนม/เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด และรับประทานอาหารรสเค็มหรือของหมักดอง คะแนนรวมร้อยละ 54.95 ส่วนด้านการออกกำลังกาย หรือ การเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวัน คะแนนรวม 56.57 ส่วนด้านการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเช่น การดำเนินชีวิตโดยคำนึงถึงสุขภาพที่ดีเสมอ ระดับคะแนนอยู่ในระดับดี คะแนนร้อยละ 79.59 ส่วนการจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 86.86, 87.71 และ 83.43 ตามลำดับ รวมคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี คะแนนร้อยละ 74.85 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับที่สูงขึ้นได้แก่ ด้านการบริโภค อยู่ในระดับดี คะแนนร้อยละ 76.00 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 62.57 ด้านการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อยู่ในระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 83.82 การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 87.43, 97.43 และ 96.57 ตามลำดับ ส่วนคะแนนรวมแบบแผนการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 83.82

ขั้นตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบหลักได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านการบริโภคอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการสูบบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และด้านการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความแตกต่างกัน ส่วนแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีความแตกต่างกัน ยกเว้นด้านการจัดการความเครียดที่ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยองค์ประกอบการวัดความรู้และแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ เปรียบเทียบ กลุ่มศึกษาที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมก่อน หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 35)

องค์ประกอบการวัด	ก่อน		หลัง		t	P
	M	SD	M	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพ						
1.ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.28	2.256	15.94	2.879	6.723	.000
2.ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	14.34	2.300	15.88	2.482	3.875	.000
3.ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.62	1.783	15.60	2.144	5.428	.000
4.ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	12.88	1.843	15.60	2.328	8.438	.000
สรุปคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ	54.14	6.408	63.02	8.528	6.921	.000
แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ						
1.การบริโภคอาหาร	22.05	3.580	22.80	3.763	5.928	.000
2.การออกกำลังกาย	5.65	2.042	6.25	1.615	3.636	.001
3.การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	12.94	1.830	14.57	1.170	6.437	.000
4.การจัดการความเครียด	8.68	1.470	8.74	1.482	1.000	.324
5.การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	12.65	1.532	13.82	1.484	7.261	.000
6.การป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม	22.20	3.856	25.40	4.160	7.844	.000
สรุปแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	85.20	8.656	91.60	8.374	11.761	.000

*p<0.05

อภิปรายผล

การศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพที่อาจไม่ดีหรือไม่เหมาะสม จะเห็นได้จากผลการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดีในด้านการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะในด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ซึ่งอธิบายได้ว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน มีการคมนาคมสะดวก การซื้อขายของโดยใช้แพลตฟอร์มใหม่ๆ การบริการส่งอาหารแบบเดลิเวอรี่ ซึ่งในการสำรวจพื้นที่อำเภอละแม พบว่าในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา มีร้านสะดวกซื้อเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก รวมทั้งร้านค้าแผงลอยขายเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ น้ำหวาน ที่มีแทบทุกมุมถนน ในชุมชนและทุกหน้าถนนปากซอยต่างๆ และโดยที่เครื่องดื่มประเภทนี้มีการแข่งขันทางตลาดสูง มีการโฆษณา มีการตลาดที่น่าสนใจ มีรูปแบบบรรจุภัณฑ์ที่ชวนให้น่าซื้อน่ารับประทาน การจัด

บรรยากาศร้านให้สวยงาม แปลกตาเพื่อส่งเสริมการขาย การถ่ายภาพ การนำเสนอในสื่อออนไลน์ แม้กระทั่งความสะดวกในการเข้าถึง และรสชาติของผลิตภัณฑ์ที่แปลกใหม่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประมาณหนึ่งในสี่ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป รับประทานอาหารนอกบ้าน อย่างน้อย 1 มื้อ ในช่วงวันเสาร์อาทิตย์ และร้อยละ 86.0 รับประทานอาหารเช้าที่ตัวเองที่บ้าน โดยร้อยละ 27.8 นิยมอาหารตามสั่งและอาหารซื้อจากตลาด มีการรับประทานผักปริมาณต่อวันเพียงพอ (≥ 3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เพียงร้อยละ 23.4 การรับประทานผลไม้ปริมาณต่อวันเพียงพอ (≥ 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) มีสัดส่วนการรับประทานอาหารผักและผลไม้เพียงพอของประชากรลดลง (วิชัย เอกพลาการ, 2564) มีการรับประทานอาหารเช้าโดยไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เพียงร้อยละ 22.2 การไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 18.1 และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มวัยทำงานรับประทานผักอย่างน้อย 5 ท็อปส์ต่อวันทุกวัน เพียงร้อยละ 34.7 (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และอุบล จันทรเพชร, 2562) และการสำรวจการรับรู้ฉลากโภชนาการแบบ จี ดี เอ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคในการเลือกบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่มีผลต่อสุขภาพพบว่า ร้อยละ 62.3 เคยพบเห็น และพบว่าฉลากโภชนาการแบบ จี ดี เอ มีผลต่อการตัดสินใจ เพียง 55.1 และไม่มีผลถึงร้อยละ 40.8 (กองสถิติสังคม, 2564) ในกลุ่มคนวัยทำงานส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าอาหารที่บริโภค แต่จะเน้นการรับประทานอาหารเช้าจานด่วน อาหารสำเร็จรูปอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารแช่แข็ง เป็นต้น เนื่องจากสะดวกและประหยัดเวลา (จริยา ทรัพย์เรือง และคณะ, 2564)

ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ไม่ดี เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย โดยจากข้อมูลสภาพสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปของอำเภอละมั่ง เป็นชุมชนเกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ต้องอยู่ในพื้นที่สวนหรือไร่ ซึ่งรู้สึกทำงานก็เหนื่อยแล้ว ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย รวมทั้งการขาดผู้นำในการออกกำลังกาย ขาดแรงจูงใจ ไม่มีเพื่อน และประกอบกับสถานที่หรือพื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน ที่มีอุปกรณ์การออกกำลังกายสำหรับกลุ่มวัยทำงานมีน้อย ในส่วนการออกแรงเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณ 30 นาทีต่อวันเช่น การเดินไปทำงาน การทำงานบ้าน การทำงานโดยใช้แรงกายนั้น พบว่าในปัจจุบันมีเครื่องทุ่นแรงที่พัฒนาอย่างหลากหลาย ส่งผลต่อความสะดวกสบายเช่น การใช้รถยนต์ รถจักรยานยนต์แทนการเดินหรือปั่นจักรยาน การทำความสะอาดบ้านโดยใช้เครื่องทุ่นแรง การล้างรถโดยใช้บริการร้านคาร์แคร์ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยทำงานที่พบว่า การมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มที่ทำงานประจำส่วนใหญ่ต้องเร่งรีบ มีงานยกของหนัก ต้องขึ้นลงบันได ต้องใช้แรงและยืนติดต่อกันยาวนาน ส่งผลต่อความเหนื่อยล้า เมื่อกลับถึงบ้านจึงต้องการพักผ่อนมากกว่าออกกำลังกาย (จริยา ทรัพย์เรือง และคณะ, 2564) พบว่ามีผู้ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 57.5 โดยผู้ชายมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย ร้อยละ 58.0 และ 57.1 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) และการสำรวจที่พบว่า ประชาชนมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.9 โดยกลุ่มอาชีพที่มีลักษณะการทำงานไม่ต้องใช้แรงกายมากเช่น งานเสมียน นักวิชาการ ผู้บริหารและไม่มีอาชีพ ซึ่งรวมทั้งแม่บ้าน มีความสุขของการมีกิจกรรมยามว่างระดับปานกลางขึ้นไประยะ 16-30 ซึ่งพบว่าสัดส่วนเพิ่มมากกว่าผลสำรวจสุขภาพประชากร ปี พ.ศ.2557 (วิชัย เอกพลาการ, 2564) แต่พบว่าการมีกิจกรรมทางกายที่รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง

หรือนันทนาการน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 49.8 และมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 15.9 (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และอุบล จันทรเพชร, 2562)

ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่มีระดับคะแนนดีมาก ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงพบว่าไม่สูบบุหรี่ มีส่วนน้อยในกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่บ้าง แต่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยการใกล้ชิดกับบุคคลที่สูบบุหรี่ ยาสูบ หรือบุหรี่ไฟฟ้า เปรียบเทียบการศึกษา ที่พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ร้อยละ 18.7 โดยสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 15.2 ซึ่งพบว่าเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 30.7 ในกลุ่มอายุ 15–29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในกลุ่มอายุ 30–44 ปี ร้อยละ 37.6 และมีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองถึงร้อยละ 69.9 (วิชัย เอกพลาการ, 2564) โดยแนวโน้มอัตราสูบบุหรี่ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2564 พบว่า มีแนวโน้มค่อนข้างลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 23.0 เป็นร้อยละ 17.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ยาตองเหล้า ไชจู หรืออื่นๆ มีระดับคะแนนระดับดีมาก ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และสถานการณ์จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีมาตรการการป้องกันการติดเชื้อรณรงค์การใช้ชีวิตวิถีใหม่ มีการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหาร และควบคุมเวลาการขายเครื่องดื่มประเภทนี้ในร้านสะดวกซื้อ จึงอาจส่งผลดีต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งเปรียบเทียบแนวโน้มอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศระหว่างปี 2547–2564 พบว่าอัตราการดื่มมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 32.7 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี 2564 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) การศึกษาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบกลุ่มอายุ 25–44 ปี มีอัตราการดื่มสูงที่สุด ร้อยละ 36.5 โดยความชุกของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 44.6 ซึ่งมีกลุ่มดื่มมีความเสี่ยงติดสุรา (alcohol dependence) ร้อยละ 0.7 แบบอันตราย (Harmful) ร้อยละ 1.6 (วิชัย เอกพลาการ, 2564)

ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการจัดการความเครียดพบว่า ก่อนและหลังการศึกษาระดับคะแนนอยู่ในระดับที่ดีมาก ซึ่งแสดงว่าไม่มีความแตกต่างกันอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด หรือสามารถรับมือ จัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เปรียบเทียบการศึกษาที่วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยก่อความเครียด ด้านสภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความเครียด ด้านสภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 67.14 โดยที่เรียงจากมากไปน้อยได้แก่ การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน/หมู่บ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การที่คนในชุมชนต่างให้ความร่วมมือโดยไม่มีปัญหาขัดแย้งในพื้นที่ ความพอใจกับการทำงานที่เป็นอยู่ ซึ่งผลการศึกษาระดับปัจจัยก่อความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านสภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ด้านการควบคุมงานอยู่ในระดับมาก และด้านการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับมาก (ดลชย เลิศวิจิตรอนันต์ และคณะ, 2563) และการศึกษาผลการวิเคราะห์ความเครียดของพนักงานบริษัทพบว่า ความเครียดด้าน

จิตใจและด้านพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ส่วนความเครียดด้านร่างกายพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ซึ่งความเครียดด้านจิตใจเป็นความเครียดที่ส่งผลให้ระบบต่างๆ ในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงเช่น การปวดศีรษะ การหายใจที่แรง อัตราการเต้นหัวใจที่ถี่ขึ้น ซึ่งหากเกิดขึ้นบ่อยๆ จะส่งผลให้ร่างกายขาดประสิทธิภาพในการทำงานและส่งผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงาน ส่วนด้านพฤติกรรมซึ่งเป็นการแสดงออกในรูปแบบของการกระทำหรือพฤติกรรมเช่น การมาทำงานสาย การขาดงานหรือลาออก การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการนอนไม่หลับ (วัฒนา ศรีวิสัย และกล้าหาญ ณ น่าน, 2564) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาประชากรวัยทำงาน อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.9 กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำพบว่า ร้อยละ 50 ของคนไทย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ (กองสุศึกษา, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชากรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลักด้านอารมณ์ (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560)

ด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการใช้อย่างสมเหตุผลพบว่า ก่อนการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระดับการใช้อยู่ในระดับที่ดี ทั้งในด้านการไม่กินยาของผู้อื่น การอ่านฉลากยาให้เข้าใจทุกครั้งก่อนการตัดสินใจกินยา และการกินยาจนครบ กำหนดแม้ว่าอาการดีขึ้นแล้ว ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและรอบคอบในด้านการใช้ยา หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการใช้ยาในระดับดีขึ้น จนอยู่ในระดับที่ดีมาก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกับการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในกลุ่มตัวอย่าง รายงานพบว่า หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม ในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการยา ความรอบรู้ เข้าใจด้านการใช้อย่างสมเหตุผล (ศุทธิณี วัฒนกุล และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการให้ความหมายของการใช้อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) ว่าเป็นการที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด (Holloway & Dijk, 2011)

การพัฒนาโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละมั่ง จังหวัดชุมพร นี้มีสอดคล้องตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทำงาน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมนี้ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ทุกด้าน ได้แก่ 1) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีการป้องกันตนเอง หรือการเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะสมารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งการกล้าที่จะซักถามข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพได้ 3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองทบทวนข้อมูลก่อนที่จะทำตาม และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง การวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อสุขภาพ เป็นต้น ส่วนผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนด้านการจัดการความเครียด ไม่มีความแตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานของกลุ่ม

ตัวอย่างสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม (เอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2563) และพบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สุภาวดี กลัดทอง และณริณี แย้มสกุล, 2564) และผลการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านระบบเครือข่ายสังคมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้และด้านสุขภาพพร้อมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตาม 3อ 2ส ในการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในทางที่ดีขึ้น (สุวรรณ มณีนิจเวทย์, 2563) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม อาทิ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชาชนทั้งหมดมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามหลัก ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านสูบบุหรี่ และด้านการดื่มสุรา (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) โดยที่สถานการณ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ร้อยละ 50 ของคนไทย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา (กองสุศึกษา, 2559) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น พฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น เมื่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่าร้อยละ 73.81 อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม) มีค่าเฉลี่ย 48.04 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อดูรายองค์ประกอบย่อยทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจพบว่า ทุกประเด็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ด้วยเช่นกัน (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, 2561) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ว่า ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบหลักสูตรให้มีปฏิสัมพันธ์ มีการฝึกฝน เลือกใช้ข้อมูลและปรับปรุงข้อมูลให้เข้ากับชีวิตประจำวันมากกว่าหลักสูตรที่ให้ความรู้อย่างเดียว โดยเฉพาะเฉพาะทักษะการไต่ถาม การตัดสินใจและนำไปใช้ (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564)

สรุปได้ว่า โปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีด้านสุขภาพ โดยส่งผลต่อกลุ่มที่ศึกษา ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพที่พึงประสงค์สามารถป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและชะลอความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นผลจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้เพื่อการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. ควรมีการตรวจประเมินภาวะสุขภาพหลังการศึกษาในระยะยาว 6 เดือนและระยะ 1 ปีเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานนโยบายและแผนการสาธารณสุขการแรงงานระหว่างประเทศ. (2564). รายงานเศรษฐกิจแรงงานระหว่างประเทศ ประจำเดือน มิถุนายน 2564. <http://grgo.page.link>
- กองสถิติสังคม. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564.
- กองสุขศึกษา. (2563). รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน. กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา. (2559). รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ปีงบประมาณ 2559.
- กิตติคุณ ยิ่งยืน. (2559). ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม. *R&D Newsletter*, 23(2), 17-20.
- จริยา ทรัพย์เรือง, บุผา วิริยรัตนกุล, และพัชรินทร์ สังวาลย์. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(8), 386–399
- ดลชย เลิศวิจิตรอนันต์, นัฐติยา แท่นทอง, และวรรณภา วรรณศรี. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*. 7(2), 281–289.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 97–107.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 183–197.
- วัฒนา ศรีวิลัย, และกล้าหาญ ณ น่าน. (2564). ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ทัศนศึกษา: บริษัท ไฟน์ เมทัล เทคโนโลยีส์ จำกัด (มหาชน). *วารสารวิชาการวิทยาลัยสันตพล*, 7(2), 34–42.
- วิรัช กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, และอาภรณ์ ดินาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 1–14.
- วิชัย เอกพลาการ. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรากราฟิคแอนดส์ดีไซน์.

- ศุภธินี วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายิ, พิเชษฐ์ แซ่โซว, ดำริห์ ทริยะ, ศิวีไล ปันวารินทร์, และพรฤดี นิธิรัตน์. (2563). ความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 12(2), 72-82.
- ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์, และอุบล จันทรเพชร. (2562). พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารช่อพะยอม*, 30(1), 1-13.
- สุภาวดี กลัดทองและ ฌริณี แยมสกุล. (2564). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ ต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช*, 1(2), 14-26.
- สุวรรณา มณีนิธิเวทย์. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านระบบเครือข่ายสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. *Thai Journal of Public Health*, 50 (1), 47-60.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อครัวเรือนในประเทศไทย พ.ศ.2565*.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2564). *การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรด้านสาธารณสุข*.
- เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และวัชรวิงค์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 419-429.
- Faul F. , Erdfelder E., Buchner A. & Lang A. G. (2007). *G*Power 3:A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences*. <https://www.psychologie>.
- Holloway KA, & van Dijk L. (2011). *The world medicines situation 2011 (3rd ed.)*, Rational use of medicines. World Health Organization, Geneva, Switzerland:
http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/index.html
- World health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

ผลของการงีบหลับในเวลากลางวันต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมอง

ณัฏฐพล เพ็งสุวรรณเกษม, วท.ม.*, ภัทรวรรณ สิริประภาพร, ประ.ด.**

กานต์ วงศ์สุภสวัสดิ์, ประ.ด.*** จรัสพล รินทระ, พบ.***

ธัมมทิวัตต์ นรารัตน์วันชัย, พบ. ประ.ด.**** และวงเดือน ปันดี, ส.ด.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการงีบหลับในเวลากลางวันต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรีที่มีภาวะถดถอยทางสมอง จำนวน 38 คน ได้ทำการงีบหลับในช่วงเวลา 13:00–15:00 น. นาน 20 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถาม PSQI ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ Komogorov-Smirnoff test ในการหาการแจกแจงปกติ ส่วนการวิเคราะห์ผลก่อนและหลังการทดลองใช้ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 38 คน มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น โดยที่ 11 คนที่ก่อนการทดลองมีคุณภาพการนอนหลับอยู่แล้ว และหลังการทดลองคุณภาพการนอนหลับก็ดีขึ้นกว่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และอีก 27 คนที่ก่อนการทดลองมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี หลังการทดลองก็มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า การงีบหลับในเวลากลางวันมีผลทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมองดีขึ้น

คำสำคัญ: การงีบหลับในเวลากลางวัน คุณภาพการนอนหลับ ผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมอง

*นักศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ, **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำ ***อาจารย์ประจำ,

**** ศาสตราจารย์ประจำ, ***** รองศาสตราจารย์ประจำ สำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Corresponding: wichian.sit@mfu.ac.th

The Effect of Short Daytime Napping on Sleep Quality in Mild Cognitive Impairment Patients

Nuttapon Pengsuwankasem, M.Sc., Phakkarawat Sitthiprapaporn, Ph.D.,

Karnt Wongsupasawat, Ph.D., Jarasphol Rintara, M.D.,

Thamthiwat Nararatwanchai, M.D., Ph.D. & Wongdyan Pandii, Dr.P.H.

Abstract

This study purpose was to investigate the effect of short daytime napping on sleep quality in MCI patients. We conducted a single group, pre-test and post-test study; 38 participants were assigned to take a 20 minutes napping during 1:00 p.m to 3:00 p.m. for 3 days; not contiguous, a week for 8 weeks. All subjects were measured sleep quality by using Thai – Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) at baseline and after 8 weeks. Descriptive data were analyzed using frequencies, percentage, mean, and standard deviation, Komogorov-Smirnoff was used to find normal distribution, while data comparison was analyzed by Wilcoxon signed-rank test.

After the experiment, the results revealed that PSQI of all 38 participants were significantly decreased; 11 participants, who had good sleep quality at pre-experiment, were still have good sleep quality at post experiment ($p < 0.05$). Whereas, the other 27 participants, who had poor sleep quality at pre-experiment, were also a better sleep quality ($p < 0.001$). These can be concluded that the 8-week short daytime napping could improve the sleep quality of MCI patients.

Keywords: Short Daytime Napping Sleep Quality Mild Cognitive Impairment patients

บทนำ

ด้วยจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องหลายสิบปี โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเป็น 1 ใน 6 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศ แอฟริกา ยุโรป และอเมริกาเหนือที่จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเป็น 1 ใน 4 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (Desa, 2022) และจากการคาดการณ์จำนวนประชากรโลกในปี พ.ศ. 2565 ขององค์การสหประชาชาติจำนวนของประชากรโลกที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจาก 10% ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 16% ในปี พ.ศ. 2590 (Desa, 2022) ซึ่งในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และตะวันออกเฉียงใต้เฉียงใต้ก็เช่นเดียวกัน กล่าวคือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอัตราร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26 ในปี พ.ศ. 2593 (Desa, 2022) เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่ได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2565 โดยจะมีสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ (สถิติประชากรศาสตร์, 2565)

ภาวะถดถอยทางสมอง (Mild Cognitive Impairment =MCI) เป็นภาวะสูญเสียสมรรถภาพการรู้คิดด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มักพบในอัตราที่สูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้มากกว่าคนปกติ 3 ถึง 5 เท่า (Petersen *et al.*, 2009) และเป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความสามารถทางสมองตามอายุปกติและภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major Neurocognitive Disorder) ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีหลักฐานการบกพร่องของความสามารถทางสมองจากเดิม โดยที่ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นปกติ (American Psychiatric Association, 2013; ปิยะภรและพรสวรรค์, 2560; วลี รัตนวัตร และคณะ, 2561) ซึ่งจากการศึกษาของ Rosebud O. Roberts และคณะพบว่า ภาวะถดถอยทางสมองถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา จะมีโอกาสกลายเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 42.5% ภายใน 5 ปี (Roberts *et al.*, 2014)

มีหลายงานวิจัยพบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองถดถอยในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (สุพิภา, 2564) และการนอนหลับที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะความสามารถของสมองเสื่อมถอยและโรคอัลไซเมอร์ (Jirong *et al.*, 2013; Spira *et al.*, 2014; Burke *et al.*, 2018) และความผิดปกติทางการนอนหลับเป็นอาการแสดงเริ่มต้นของโรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (Gagnon *et al.*, 2009) นอกจากนี้ National Academy of Science ในปี 2018 ชี้ให้เห็นว่า การอดนอนเพียงคืนเดียวอาจทำให้เบต้าอะไมลอยด์ (beta amyloid) ซึ่งเป็นของเสียจากการเผาผลาญไปสะสมในโครงสร้างสมองและมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของโรคอัลไซเมอร์ (Shokri-Kojoria *et al.*, 2018) ดังนั้น การทำให้การนอนหลับในเวลากลางคืนมีคุณภาพดี จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ดูเหมือนว่าจะป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วย การนอนหลับในเชิงปริมาณ (quantitative aspect of sleep) ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับทั้งคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (โดยปกติไม่ควรเกินกว่า 30 นาที) และจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (qualitative aspect of sleep) ได้แก่ ระยะเวลาที่หลับจริง ความเพียงพอและความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำภารกิจในตอนกลางวัน โดยการนอนหลับเชิงคุณภาพจะเป็นความรู้สึกของบุคคลตามคำบอกเล่า (subjective aspect of sleep) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Buysse *et al.*, 1989)

ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงจังหวะชีวภาพของการหลับตื่น หรือนาฬิกาชีวิต (Circadian Rhythm) คือสาเหตุหลักของการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้สูงอายุ โดยจะทำให้รู้สึกง่วงเร็วกว่าปกติ ทำให้อยากเข้านอนเร็วและตื่นเชากว่าปกติ ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า Phase Advance (Kryger *et al.*, 2010) และส่งผลให้วงจรการนอนหลับในผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับวัยอื่น คือ 1) ระยะการเข้าสู่การนอนหลับที่ใช้เวลามากขึ้นจะเกิดในระยะการเข้าสู่การนอนหลับ (sleep latency) เกิดการล่าช้าในการเริ่มเข้าสู่วงจรการนอนหลับ และ NREM ระยะที่ 1 ทำให้ผู้สูงอายุตื่นง่าย 2) เวลาในวงจรการนอนหลับ NREM ระยะที่ 3 ระยะที่ 4 ลดลง ทำให้ช่วงระยะเวลาการนอนหลับลึกลดลง นอนหลับแล้วตื่นง่าย ตื่นบ่อย ตอนกลางคืนหลายครั้ง หลังจากนั้นไม่สามารถเข้าสู่การนอนหลับได้อีก และระยะ REM ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าสู่การนอนหลับลึกและช่วงการฝัน ทำให้ตื่นเร็วหรือตื่นเชากว่าปกติ นอกจากนี้วงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงยังส่งผลกระทบต่อระยะเวลา รวมของการนอนหลับตลอดทั้งคืนลดลง (total sleep time) มักพบการนอนหลับของผู้สูงอายุน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องการนอนหลับ (Sleep Deprivation) ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการง่วงนอนตอนกลางวัน (Lavoie *et al.*, 2018; William P., 2020)

การงีบหลับในเวลากลางวัน คือ การหลับในระยะเวลานั้นๆ รวมถึงการนั่งหลับตาอยู่หนึ่งๆ และทำจิตใจสงบ ก็เป็นอีกทางเลือกที่จะช่วยชดเชยการนอนหลับที่ไม่เพียงพอในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุ (Mantua and Spencer, 2017) หรือทำให้การนอนหลับในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุมีคุณภาพได้ เพราะจะช่วยจำกัดการนอนหลับ (Sleep Restriction) คือการจำกัดเวลาที่ใช้ในการนอนบนเตียงให้เท่ากับการนอนหลับจริง (Paharaj *et al.*, 2018) โดยจะต้องพิจารณาช่วงเวลาระยะเวลา และความถี่ของการงีบหลับให้เหมาะสม ทั้งนี้มีผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่สนับสนุนแนวคิดว่า การงีบหลับในเวลากลางวันนั้นเป็นผลในทางบวกเช่น การงีบหลับระหว่างวันช่วยลดความง่วงและความเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุ และช่วยให้ระยะเวลาการนอนหลับตลอดคืน (TST) ยาวขึ้น (Souabni *et al.*, 2022) และการงีบหลับช่วยให้การนอนหลับในเวลากลางคืนมีความต่อเนื่องมากขึ้น (Zhang *et al.*, 2020) อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลของการงีบหลับกลางวันต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วย MCI ทั้งในต่างประเทศและในไทยยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงได้สนใจในการศึกษาผลการงีบหลับกลางวันว่าส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับตอนกลางคืนของผู้ป่วย MCI อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

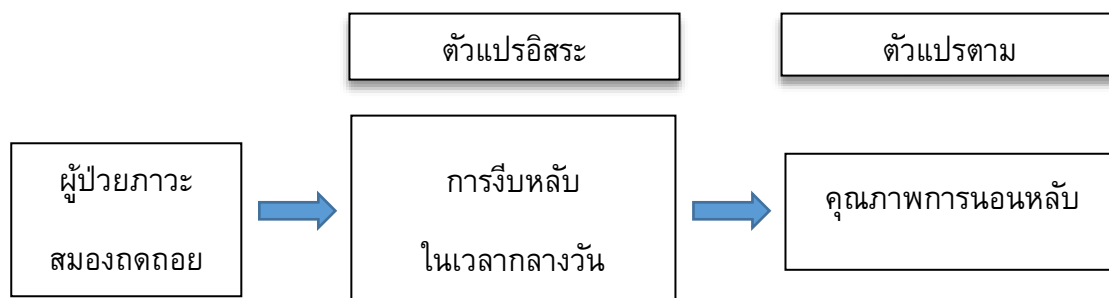
เพื่อศึกษาผลของการงีบหลับในเวลากลางวันต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมอง

สมมุติฐานการวิจัย

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมองหลังการทดลองงีบหลับในเวลากลางวันดีกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากผลการวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า ระยะเวลาของการงีบหลับกลางวัน 20-30 นาที จะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และในทางกลับกันการงีบหลับที่นานเกินกว่า 30 นาที จะทำให้รู้สึกตื่นมาแล้วงัวเงีย (Hilditch *et al.*, 2016) และหากเกินกว่า 90 นาที ก็จะเป็นผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เกิดภาวะเบาหวาน สมรรถภาพการรู้คิด (Cognitive Function) เสื่อมลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต (Zhang *et al.*, 2020) ในด้านความถี่ของการงีบหลับกลางวันพบว่า การงีบหลับมากกว่า 3-6 วันต่อสัปดาห์ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของสมรรถภาพการรู้คิด แต่ในบางงานวิจัย ก็พบว่าการงีบหลับกลางวันเกินกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์จะเป็นผลเสียต่อสมรรถภาพการรู้คิด (Dzierzewski *et al.*, 2018) สำหรับช่วงเวลาของการงีบหลับที่เหมาะสมที่สุดคือ ช่วงหลังอาหารกลางวันเนื่องจากสอดคล้องกับจังหวะนาฬิกาชีวภาพ (Circadian Rhythm) และระบบสภาวะสมดุล (Homeostatic) (Faraut *et al.*, 2017; Yin *et al.*, 2018; Zhang *et al.*, 2020) การวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดให้อาสาสมัครที่มีภาวะสมองถดถอยได้ทำการงีบหลับสัปดาห์ละ 3 วัน ในช่วงเวลา 13:00 – 15:00 น. โดยการงีบหลับแต่ละครั้งจะใช้เวลาเพียง 20 นาที สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลัง

ประชากร

ผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมองที่มีอายุ 55 - 84 ปี จากชมรมผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่างและขนาด

ผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมองที่มีอายุ 55 - 84 ปี จากชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 41 คน

$$\text{ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง} \quad n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

σ = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4 (อ้างอิงจากการทดลองของ Campbell)

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96 (power of test = 0.5)

d = ค่าความแม่นยำ = 1.5

จะได้ $n = 27.32$, dropping out rate = 50% = 13.66

$$n = 27.32 + 13.66 = 41$$

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1. อายุ 55 - 84 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ที่มีภาวะถดถอยทางสมอง
2. ไม่ได้มีการรับหลักกลางวันเป็นนิสัย
3. สามารถเข้าร่วมโครงการโดยการจับหลักในช่วงเวลาบ่ายได้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางสมอง เช่น มีภาวะสมองเสื่อม หรือเป็นโรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น
2. เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ หรือมีภาวะผิดปกติในการนอน
3. เป็นผู้ป่วยติดเตียง
4. เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วย หรือปวดเรื้อรัง
5. เป็นผู้ที่ชอบดื่มกาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน มากกว่า 3 แก้วต่อวัน
6. เป็นผู้ที่ใช้ยาลดความดันโลหิต และ/หรือ มีการใช้ยากระตุ้นต่างๆ
7. เป็นผู้ที่ได้รับประทานอาหารเสริม หรือยา หรือได้รับฮอร์โมน ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยให้นอนหลับ

8. เป็นผู้ที่ไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการ
9. เป็นผู้ที่มิอาจการ หรือ ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางสมอง/หลงลืม ระหว่างเข้าร่วมโครงการ หรือ ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ครบถ้วน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (COA: 088/2022 รหัสโครงการวิจัย: EC 21213-20) วันที่ 19 พฤษภาคม 2565 และผู้วิจัยได้ชี้แจงอาสาสมัครทุกคนถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการทำการทดลองอย่างละเอียด โดยให้อาสาสมัครพิจารณาว่ายินยอมเข้าร่วมหรือไม่ แล้วลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมโดยไม่มีการบังคับหรือเสนอประโยชน์ที่ไม่เหมาะสม การดำเนินการวิจัยและการนำเสนอข้อมูลผลการศึกษา ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อนามสกุล และข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และองค์ประกอบของร่างกาย เช่น % ไขมัน % น้ำ % กล้ามเนื้อ มวลกระดูก

1.2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ Pittsburgh Sleep Quality Index ฉบับภาษาไทย (Thai PSQI) แปลโดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยแบ่งรูปแบบของแบบสอบถามออกเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบประเมินตนเอง จำนวน 19 คำถามและแบบประเมินโดยผู้ที่นอนพักร่วมห้องนอน จำนวน 5 คำถาม โดยเน้นพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับใน 7 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ (Subjective Sleep Quality) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับ (Sleep Latency) ระยะเวลาการนอนหลับ (Sleep Duration) ประสิทธิภาพการนอนหลับตามปกติ (Habitual Sleep Efficiency) สิ่งรบกวนการนอนหลับ (Sleep Disturbances) การใช้ยานอนหลับ (Use of Sleeping Medication) ความผิดปกติด้านการนอนหลับในช่วงกลางวัน (Daytime Dysfunction) และแต่ละคำถามจะมีคะแนน 0-3 และมีคะแนนรวม 0-21 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี คะแนนมากกว่า 5 ขึ้นไป หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี คะแนนยิ่งสูงหมายถึงคุณภาพการนอนหลับยิ่งไม่ดี มีการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้เท่ากับ 0.83 ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 77.78% และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 93.33% (Sitasuwan *et al.*, 2014)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 การจับหลับ โดยกำหนดให้อาสาสมัครจับหลับในท่าที่รู้สึกสบายและผ่อนคลาย ในห้องที่เงียบ ไม่มีปัจจัยรบกวนการจับหลับ มีอุณหภูมิที่เหมาะสม (ไม่ร้อน-ไม่เย็นเกินไป) ครั้งละ 20 นาที ในช่วงเวลา 13:00-15:00 น. สัปดาห์ละ 3 วัน และแต่ละวันต้องไม่ติดกัน เพื่อป้องกันการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน เป็นเวลา 8 สัปดาห์

2.2 มือถือ หรือ นาฬิกาปลุก เพื่อใช้ควบคุมเวลาในการจับหลักให้ไม่เกิน 20 นาที

2.3 แบบบันทึกการจับหลักเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. อาสาสมัครที่ผ่านการคัดเลือกทั้ง 41 คน ได้รับการชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนของการวิจัยอย่างละเอียด พร้อมลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย เมื่อสมัครใจ
2. อาสาสมัครได้รับการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลประวัติทางการแพทย์ และชั่งน้ำหนัก จากนั้นก็จะทำการประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยผู้วิจัย เพื่อบันทึกข้อมูลเก็บไว้เป็นข้อมูลก่อนการทดลอง
3. อาสาสมัครทำการจับหลักในเวลากลางวันตามช่วงเวลา และความถี่ที่ผู้วิจัยกำหนด และบันทึกข้อมูลการจับหลัก โดยผู้วิจัยได้ติดตามผลและให้คำแนะนำ รวมถึงช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ทางโทรศัพท์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์
4. เมื่อครบ 8 สัปดาห์แล้วอาสาสมัครได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับ และชั่งน้ำหนักอีกครั้งเพื่อบันทึกข้อมูลเก็บเป็นข้อมูลหลังการทดลอง
5. ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้โปรแกรม SPSS for window วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ Komogorov – Smirnov test ในการหาการแจกแจงปกติ ส่วนการวิเคราะห์ผลก่อนและหลังการทดลองใช้ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 41 คน ออกจากการทดลองไป 3 คน เนื่องจากย้ายที่อยู่ไปจังหวัดอื่น (2 คน) และได้รับเชื้อโควิด-19 ในช่วงเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (1 คน) ดังนั้นจึงคงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 38 คน ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 38)

ข้อมูล	จำนวน (%)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
<u>เพศ</u>		
ชาย	11 (29.0)	
หญิง	27 (71.0)	
<u>อายุ</u>		
55 – 64	18 (47.0)	
65 – 74	17 (45.0)	
75 – 84	3 (8.0)	
Mean±SD; min – max	66.18 ± 6.77 ; 55 - 81	
<u>ระดับการศึกษา</u>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	13 (34.2)	
มัธยมต้น	2 (5.3)	
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	4 (10.5)	
ปริญญาตรี	13 (34.2)	
สูงกว่าปริญญาตรี	6 (15.8)	
<u>โรคประจำตัว</u>		
ไม่มี	16 (42.1)	
ไขมันในเลือดสูง (DLD)	5 (13.2)	
ความดันโลหิตสูง (HT)	4 (10.5)	
DLD & HT	5 (13.2)	
เบาหวาน (DM) & HT	3 (7.9)	
DLD & HT & DM	2 (5.2)	
อื่นๆ	3 (7.9)	
<u>ความสูง (cm.)</u>		
145 – 154	10 (26.3)	
155 – 164	19 (50.0)	
165 – 174	9 (23.7)	
Mean ±SD; min - max	159.21 ± 7.22; 146 - 173	

ข้อมูล	จำนวน (%)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
<u>น้ำหนัก (kg.)</u>		
45.00 – 54.99	8 (21.1)	8 (21.1)
55.00 – 64.99	13 (34.2)	14 (36.8)
65.00 – 74.99	9 (23.7)	10 (26.3)
75.00 – 84.99	5 (13.1)	3 (7.9)
85.00 – 94.99	2 (5.3)	2 (5.3)
≥ 95.00	1 (2.6)	1 (2.6)
Mean ±SD; min – max	66.09 ± 12.16; 48.5 - 100.7	65.17 ± 11.94; 47.7 - 95.8

จากตารางข้างต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 71 และเป็นเพศชาย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 29 อายุเฉลี่ย 66.18 ± 6.77 จบการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า จำนวน 13 คน มัธยมศึกษา 2 คน มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 4 คน ปริญญาตรี 13 คน และสูงกว่าปริญญาตรี 6 คน ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีส่วนเท่ากับผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ในกลุ่มตัวอย่าง 38 คนนี้มี 16 คนที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนที่เหลือ 22 คน โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักและความสูงเฉลี่ยที่ 66.10 ± 12.16 กก. และ 159.21 ± 7.22 ซม. ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25.85 ± 3.37 kg/m² โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักปกติจำนวน 8 คน คนน้ำหนักเกินจำนวน 12 คน และมีภาวะอ้วนจำนวน 18 หลังการทดลองครบ 8 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย %เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย

2. คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

จากคะแนน Global PSQI ของกลุ่มตัวอย่าง 38 คน พบว่ามี 11 คน ที่มีคะแนนเท่ากับ 5 หรือต่ำกว่า ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี และมี 27 คน ที่มีคะแนนมากกว่า 5 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ดังนั้น เพื่อให้การวิเคราะห์ผลมีความถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้แยกผลการการทดลองออกเป็น 2 ตารางตามคะแนนคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 ข้างล่างนี้

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนน Global PSQI ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่ก่อนการทดลองมีคุณภาพการนอนหลับดี (n = 11)

องค์ประกอบ	Mean $\pm$ SD		Mean difference	Z	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง			
การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง	0.64 $\pm$ 0.67	0.36 $\pm$ 0.50	-0.27 $\pm$ 0.47	-1.73	0.042
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ	0.73 $\pm$ 0.47	0.36 $\pm$ 0.50	-0.36 $\pm$ 0.50	-2.00	0.023
ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน	0.91 $\pm$ 0.83	0.91 $\pm$ 0.83	0.00 $\pm$ 0.00	0.00	0.500
ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย	0.00 $\pm$ 0.00	0.00 $\pm$ 0.00	0.00 $\pm$ 0.00	0.00	0.500
การรบกวนการนอนหลับ	1.09 $\pm$ 0.65	1.00 $\pm$ 0.36	-0.09 $\pm$ 0.30	-1.00	0.016
การใช้ยาเพื่อช่วยให้หลับ	0.00 $\pm$ 0.00	0.00 $\pm$ 0.00	0.00 $\pm$ 0.00	0.00	0.500
ผลกระทบต่อการทำภารกิจในตอนกลางวัน	0.18 $\pm$ 0.40	0.18 $\pm$ 0.40	0.00 $\pm$ 0.00	0.00	0.500
คะแนน Global PSQI	3.55 $\pm$ 1.29	2.82 $\pm$ 0.98	-0.73 $\pm$ 0.79	-2.27	0.012

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนน Global PSQI ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่ก่อนการทดลองมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (n =27)

องค์ประกอบ	M $\pm$ SD		M difference	z	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง			
การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง	1.11 $\pm$ 0.51	0.78 $\pm$ 0.42	-0.33 $\pm$ 0.48	-3.00	0.001
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ	1.26 $\pm$ 0.90	0.74 $\pm$ 0.53	-0.52 $\pm$ 0.58	-3.50	< 0.001
ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน	1.93 $\pm$ 0.83	1.52 $\pm$ 0.80	-0.41 $\pm$ 0.57	-3.05	0.001
ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย	1.59 $\pm$ 1.31	0.63 $\pm$ 0.79	-0.96 $\pm$ 0.98	-3.59	< 0.001
การรบกวนการนอนหลับ	1.63 $\pm$ 0.69	1.11 $\pm$ 0.42	-0.52 $\pm$ 0.58	-3.50	< 0.001
การใช้ยาเพื่อช่วยให้นอนหลับ	0.00 $\pm$ 0.00	0.00 $\pm$ 0.00	0.00 $\pm$ 0.00	0.00	0.500
ผลกระทบต่อการทำภารกิจในตอนกลางวัน	0.89 $\pm$ 0.70	0.63 $\pm$ 0.63	-0.26 $\pm$ 0.45	-2.65	0.004
คะแนน Global PSQI	8.41 $\pm$ 2.06	5.41 $\pm$ 1.60	-3.00 $\pm$ 1.69	-4.39	< 0.001

ในกลุ่มตัวอย่างที่ก่อนการทดลองมีคุณภาพการนอนหลับดี 11 คน พบว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนน Global PSQI เท่ากับ 3.55 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.29 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนน Global PSQI ลดลงเหลือ 2.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.98 ซึ่งยังคงจัดว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และเมื่อดูในแต่ละองค์ประกอบ จะพบว่ามี 3 องค์ประกอบที่ค่าเฉลี่ยคะแนน PSQI หลังการทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ได้แก่ การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และการรบกวนการนอนหลับ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนน PSQI ขององค์ประกอบ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้ยาเพื่อช่วยให้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำภารกิจในตอนกลางวัน หลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลง

ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ก่อนการทดลองมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี 27 คน พบว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนน Global PSQI เท่ากับ 8.41 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.06 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนน Global PSQI ลดลงเหลือ 5.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.60 ซึ่งจัดว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.001$) และเมื่อดูในแต่ละองค์ประกอบ จะพบว่ามี 6 องค์ประกอบที่ค่าเฉลี่ยคะแนน PSQI หลัง

การทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) ได้แก่ การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ และผลกระทบต่อการทำภารกิจในตอนกลางวัน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนน PSQI ขององค์ประกอบ การใช้ยาเพื่อช่วยให้นอนหลับ หลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลง

หากพิจารณาคุณภาพการนอนหลับโดยรวม (Global PSQI) ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 38 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ก่อนการทดลองมีคุณภาพการนอนหลับดี จำนวน 11 คน และหลังการทดลองก็ยังคงมีคุณภาพการนอนหลับดีอยู่ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ก่อนการทดลองมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน 27 คน ในจำนวนนี้ หลังการทดลองพบว่า มีจำนวน 15 คนที่มีคุณภาพการนอนหลับดี แต่ที่เหลืออีก 12 คน ยังคงมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ตามตารางที่ 4 จึงสรุปได้ว่าการรับหลับในเวลากลางวันช่วยให้คุณภาพการนอนหลับในเวลากลางคืนดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4 จำนวนอาสาสมัครที่มีคุณภาพการหลับดีและไม่ดีก่อนและหลังการทดลอง (n = 38)

		หลังการทดลอง		รวม
		คุณภาพการนอนหลับดี	คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	
ก่อนการทดลอง	คุณภาพการนอนหลับดี	11	0	11
	คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	15	12	27
รวม		26	12	38

Note Mc Nemar Test, p-value = 0.01

การอภิปราย

จากผลการวิจัย สนับสนุนสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมอง หลังการทดลองจับหลับในเวลากลางวันดีกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากพบว่า คะแนน Global PSQI หลังการทดลองของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมองทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองดีอยู่แล้ว 11 คน และอีกกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองไม่ดี 27 คน ต่างก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาคะแนน PSQI ในแต่ละองค์ประกอบย่อยของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองถดถอยกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองไม่ดี 27 คน จะเห็นได้ว่า ทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ และผลกระทบต่อการทำภารกิจในตอนกลางวัน ยกเว้นในเรื่อง การใช้ยาเพื่อช่วยให้นอนหลับ (ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการคัดออก) ก็มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด

ดังนั้น การลดลงของคะแนน PSQI ในแต่ละองค์ประกอบย่อยต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญ สามารถตีความได้ว่าการงีบหลับในเวลากลางวันสามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะถดถอยทางสมองได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang *et al.*, 2022 ที่ชี้ให้เห็นว่าการงีบหลับในเวลากลางวันสามารถบรรเทาผลเสียหรืออันตรายที่เกิดจากการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับ Conley *et al.*, 2019 ที่ได้ศึกษาว่าการงีบหลับในเวลากลางวัน เป็นการรักษาล้างงาน ช่วยลดความเหนื่อยล้าและทำให้คุณภาพการนอนของผู้สูงอายุดีขึ้น และการศึกษาของ Sun & Lin (2016) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการงีบหลับในเวลากลางวันต่อคุณภาพการนอนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่งีบหลับระยะสั้น (ไม่เกิน 60 นาที) มีคุณภาพการนอนและคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่งีบหลับนานเกินกว่า 60 นาที และ Eser *et al.*, 2007 ที่ศึกษาการงีบหลับสั้นๆ 30 นาที ในศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุว่า สามารถทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น และส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองถดถอยที่ต้องการนำการงีบหลับในเวลากลางวันไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น แนะนำให้ทำตามรูปแบบที่ใช้ตามการทดลองในการศึกษานี้ กล่าวคือ งีบครั้งละ 20 นาที และไม่เกินกว่า 30 นาที ในช่วงเวลา 13:00–15:00 น. วันเว้นวัน และควรกำหนดเวลาที่จะงีบหลับในแต่ละวันให้เหมือนกันทุกๆ ครั้ง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากแบบสอบถาม PSQI เป็นการประเมินตนเองของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการใช้เครื่องมืออื่น เช่น Wrist Actigraphy ในการบันทึกข้อมูลการนอนหลับ แล้วนำผลมาวิเคราะห์ประกอบกับคำตอบที่ได้จากแบบสอบถาม PSQI

เอกสารอ้างอิง

- สถิติประชากรศาสตร์. 2565. *สถิติประชากรศาสตร์*. <http://www.statbbi.nso.go.th>.
- Adam P. Spira, Lenis P. Chen-Edinboro, Wu MN, Yaffe K. (2014). Impact of Sleep on the Risk of Cognitive Decline and Dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6): 478–483.
- American Psychiatric Association. (2013). Neurocognitive Disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC. *American Psychiatric Association*.: 591-643
- Burke, S.L., Hu, T., Spadola, C.E., Li, T., Naseh, M., Burgess, A. & Cadet, T. (2018). Mild cognitive impairment: associations with sleep disturbance, apolipoprotein e4, and sleep medications. *Sleep Med.*, 52:168–176.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F. 3rd., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Conley, S., Feder, S. L., Jeon, S., & Redeker, N. S. (2019). Daytime and Nighttime Sleep Characteristics and Pain Among Adults With Stable Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(5), 390-398.
- Dzierzewski, J.M.; Dautovich, N.; Ravyts, S. (2018). Sleep and Cognition in Older Adults. *Sleep Med Clin.*, 13(1), 93-106.
- Eser, I., Khorshid, L., & Cinar, S. (2007). Sleep quality of older adults in nursing homes in Turkey: Enhancing the quality of sleep improves quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(10), 42-49.
- Faraut, B., Andrillon, T., Vecchierini, M. F., & Leger, D. (2017). Napping: A public health issue. From epidemiological to laboratory studies. *Sleep Medicine Reviews*, 35, 85-100.
- Jirong, Y., Changquan, H., Hongmei, W. & Bi-Rong, D. (2013) Association of sleep quality and dementia among long-lived Chinese older adults. *Age*, 35(4):1423-1432
- Kryger, M.H., Roth, T., & Dement, W.C. (2010). *Principles and Practice of Sleep Medicine E-Book*. 5th ed. Elsevier, Health Sciences.
- Lavoie, C. J., Zeidler, M. R., & Martin, J. L. (2018). Sleep and aging. *Sleep Science and Practice*, 2(1), 1-8.
- Mantau, J. & Spencer, RMC. (2017). Exploring the nap paradox: are mid-day sleep bouts a friend or foeM. *Sleep Medicine*, 37, 88-97.

- Petersen, R.C., & Trojanowski, J.Q. (2009). Use of Alzheimer disease biomarkers: Potentially yes for clinical trials but not yet for clinical practice. *JAMA*, 302(4), 436-437
- Praharaj, S. K., Gupta, R., & Gaur, N. (2018). *Clinical Practice Guideline on Management of Sleep Disorders in the Elderly. Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 3), S383–S396.
- Postuma RB, Gagnon JF, Vendette M, Fantini ML, Massicotte-Marquez J, Montplaisir J. (2009). Quantifying the risk of neurodegenerative disease in idiopathic REM sleep behavior disorder. *Neurology*, 72(15), 1296-1300.
- Puangsombatwanit, S. (2021). The Association between Sleep Quality and Mild Cognitive Impairment in Older Adults. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 4(1), 61-73.
- Rattanawat, W., Nakawiro, D., Visajan, P. (2018). Prevalence of Mild Cognitive Impairment (MCI) in Pre-Retirement Period of Hospital Staff. *The Journal of The Psychiatric Association of Thailand*. 63(1), 55-64.
- Roberts RO, Knopman DS, Mielke MM, Cha RH, Pankratz VS, Christianson TJ, Geda YE, Boeve BF, Ivnik RJ, Tangalos EG, Rocca WA, Petersen RC. (2014). Higher risk of progression to dementia in mild cognitive impairment cases who revert to normal. *Neurology*, 82(4), 317-25.
- Sitasuwan, T.; Bussaratid, S.; Ruttanaumpawan, P.; Chotinaiwattarakul, W. (2014) Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai*, 97, Suppl 3, S57-67.
- Shokri-Kojoria, E., Wanga, G.-J., Wiersa, C.E., Demiral, S.B., Guoa, M., Kima, S.W., Lindgren, E., Ramirez, V., Zehraa, A., Freeman, C., Millera, G., Manzaa, P., Srivastava, T., Santib, S.D., Tomasia, D., Benveniste, H. and Volkow, N.D. (2018). β -Amyloid accumulation in the human brain after one night of sleep deprivation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(17), 4483–4488.
- Souabni, M.; Souabni, M.J.; Hammouda, O.; Romdhani, M.; Trabelsi, K.; Ammar, A.; Driss, T. (2022) Benefits and risks of napping in older adults: A systematic review. *Front. Aging Neurosci.*, 14, 1000707.
- Sun, J. L., & Lin, C. C. (2016). Relationships among daytime napping and fatigue, sleep quality, and quality of life in cancer patients. *Cancer Nursing*, 39(5), 383-392.
- Trakulsithichoke, S. (2018). Prevention of Dementia in Older Persons. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(4), 6-14.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. UN DESA/POP/2022/TR/NO.3, 2022.

- Wang, Q.; Zhu, H.; Dai, R.; Zhang, T. (2022) Associations Between Total Sleep Duration and Cognitive Function Among Middle-Aged and Older Chinese Adults: Does Midday Napping Have an Effect on It? *Int J Gen Med.*, 15, 1381-1391.
- Wold, G. H. (2013). *Basic geriatric nursing-E-book*. Elsevier Health Sciences.
- World Health Organization. *Global strategy and action plan on ageing and health*, World Health Organization: Switzerland, 2008.
- World Health Organization. (2015). Older population and health system: *A profile of Thailand*, 10, 19-36.
- Yin, X., Liu, Q., Wei, J., Meng, X., & Jia, C. (2018). Association of daytime napping with prediabetes and diabetes in a Chinese population: Results from the baseline survey of the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Journal of Diabetes*, 10(4), 302-309.
- Zhang, Z., Xiao, X., Ma, W., & Li, J. (2020). Napping in Older Adults: a Review of Current Literature. *Current Sleep Medicine Reports*, 6(3), 129-135.
- Praison P. & Chuajedton P. (2017). Factors Related to Mild Cognitive Impairments in Elderly People in Chiang Rai Province. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 32(1), 64–80.



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

.....
คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561
.....

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้
 - 1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และ การศึกษา
 - 1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
 - 1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
 - 1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
 - 1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์(Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว

ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สาระปรีศนในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรม ต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบ ของ APA 7th รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มี รายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดัง ตัวอย่าง

4.1หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year)./Title of the book/(Edition ed.)/Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). วัสดุชีวภาพ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์
////////มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). Evidence-based practice for nurses: Appraisal and
////////application of research (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

4.2 วารสาร

จาก/”ชื่อบทความ,”/โดย/ชื่อผู้แต่ง,/ปีพิมพ์/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/น./เลขหน้า/ (URL)/ลิขสิทธิ์/
ข้อความการอนุญาต.

From*/”Title journal,”/by/Author, A. A./Year/JournalTitle,/Volume(issue),/p. PageNumber (url or doi if
from an ejournal)./Copyright/Permission.

4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท/ปริญญาตรีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์
////////ปริญญาโท/ปริญญาตรีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]/ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)./Title/[Unpublished doctoral or master’s thesis]./Name of the Institution

/////////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์ปริญญา

/////////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of

/////////Technology.

4.4 รายงานการประชุม

รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์). /ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

/////////มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.*

/////////บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53ก. มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.5 เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่). /ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date). /Title of the work: Subtitle./Website name./URL

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). *มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB*. สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัย/////////นเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>

Sparks, D. (2019). *Women's wellness: Lifestyle strategies ease some bladder control problems.*

/////////Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-/////////strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Sarabun ขนาด 16 และ single space และมี เนื้อหารวมบทความและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ วารสารฯ ตรวจพบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏใน วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวันสิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่นและแสดงให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 3,500 บาท

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 095-4591161 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

1. ชื่อ-สกุล.....ขอให้จัดส่งวารสารตามที่อยู่ดังนี้
 เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
2. ระยะเวลาบอกรับวารสาร
 เริ่มฉบับที่..... (ฉบับที่1 มกราคม-มิถุนายน หรือ ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม) ปีที่ 2561....
 1 ปี (2 ฉบับ) 200 บาท
 3 ปี (6 ฉบับ) 600 บาท
 4 ปี (นักศึกษา 8 ฉบับ) 800 บาท
3. การชำระเงิน ชำระโดย
 โอนเงินเข้า บัญชี วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
 เลขที่บัญชี 710-0-10043-7 สาขา สุพรรณบุรี
 และส่งหลักฐานการโอนเงินมายัง E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ส่งใบสมัครสมาชิกวารสารได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่
 กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
 118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง
 จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000
 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ใบสมัครสมาชิกวารสารสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์ <http://www.snc.ac.th/> หรือติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์
 035-535250 ต่อ 5206 โทรสาร 035-535251 มือถือ 095-4591161